E MEDICAL LIBRARY STANFORD
5 0424 5794

GUSSEROW, A.L.S.

GEBURTSHÜLFE UND GYNÄKOLOGIE
IN GROSSBRITANNIEN.

LANE
MEDICAL

LIBRARY
LEVI COOPER LANE FUND

Nr 11

Geburtshülfe und Gynäkologie

in

Grossbritannien.

Ein Reisebericht

von

Dr. GUSSEROW
in Berlin.

(Separat-Abdruck aus der Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Band XXIV.)

LANE LIBRARY

1864.

Digitized by Google

LAMC LIBRARY

Die Wissenschaft, als solche, hat sich längst von der Grenze der Nationalitäten losgemacht und ist Gemeingut aller geworden. Jeder Fortschritt, jeder neue Vorschlag, besonders in der Medicin und den Naturwissenschaften, kommt durch die Literatur fast gleichzeitig zur Kenntniss der Culturvölker. Trotzdem kann die Literatur gerade in Bezug auf medicinische Einrichtungen und Leistungen niemals die eigene Anschauung vollständig ersetzen. Viele Einrichtungen oder Behandlungsweisen, die in der Ferne unverständlich oder unzweckmässig erscheinen, erweisen sich an Ort und Stelle als zweckmässig oder abhängig von den localen Verhältnissen etc. Aus diesem Grunde unternehme ich es, in Kürze das zu schildern, was ich in Grossbritannien und Irland während meines Aufenthaltes daselbst vom Juli bis October 1863 gehört und gesehen habe. Wir besitzen zwar schon ausgezeichnete Reiseberichte von *Levy*[1]), *Arneth*[2]) und *Spiegelberg*,[3]) die ich auch vielfach benutzt habe, wie aus dem Folgenden ersichtlich sein wird, allein gerade in der seitdem verflossenen Zeit ist auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshülfe in Grossbritannien

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde, 1850, Bd. 27.

2) Ueber Geburtshülfe etc. in Frankreich etc., Wien 1853.

3) Zur Geburtshülfe etc. in London etc., Monatsschrift für Geburtskunde, Bd. 7, 1856.

74879

Digitized by Google

so viel geleistet worden, dass eine Mittheilung meiner eigenen Beobachtungen vielleicht dennoch von einigem Interesse sein wird. Bevor ich dieselben jedoch beginne, ist es mir ein Bedürfniss, öffentlich meinen Dank auszusprechen, für die grosse Liebenswürdigkeit und Zuvorkommenheit, mit der man mich in Dublin, Edinburgh und London aufgenommen hat und jedem meiner Wünsche auf das Bereitwilligste nachgekommen ist. Scheidet man von dem schönen und grossartigen Inselreiche auch nicht als Bewunderer alles Dessen, was man gesehen hat, als ein Bewunderer englischer Gastfreundschaft muss man scheiden.

Dublin.

Das Gebärhaus zu Dublin, das Rotundo-Lying-in-Hospital, ist nicht nur das grösste der brittischen Inseln, sondern es ist ohne Zweifel von den grossen Gebärhäusern Europas das schönste und zweckmässigste, zugleich ist seine Entstehungsgeschichte so charakteristisch für den grossartigen Gemeinsinn der englischen Nation, durch den Kranken- und Wohlthätigkeitsanstalten einzig und allein erhalten werden, indem die Regierung als solche dies der Privatwohlthätigkeit gänzlich überlässt, dass ich in aller Kürze die Geschichte der Anstalt schildern will. Nachdem Dr. *Bartholomew Mosse* [1]) schon seit 1745 eine Anstalt für arme Gebärende aus eigenen Mitteln unterhalten hatte, gelang es ihm mit Aufopferung seines Vermögens und unter ausgedehntester Betheiligung der Privatwohlthätigkeit am 8. December 1757 die jetzige Anstalt zu eröffnen. Es existirt noch eine Beschreibung der Eröffnungsfeierlichkeit, bei der unter Vorsitz des Duke of Bedford und einer grossen Gesellschaft ein Frühstück mit Musik eingenommen wurde und 52 auf Kosten der Anstalt neu gekleidete Schwangere ihre Aufnahmescheine erhielten. Das Parlament hat schon 1756 der Anstalt durch Royal Charter Corporationsrechte verliehen, indem aus der Zahl der Wohlthäter immer 60 Governors erwählt werden, denen die ganze Leitung der Anstalt vollständig

1) *Wilde*, Dublin Quartely Journal, Bd. II. *M'Clintock*, Rise of the Dublin School of Midwifery, Dublin Quarterly Journal, 1858.

Digitized by Google

selbstständig überlassen ist. *Mosse* wurde zum Master of life ernannt mit dem Rechte zwei Assistenten zur Wahl vorzuschlagen. Seit seinem Tode wird von den Governors ein Master jedes Mal auf die Dauer von sieben Jahren gewählt, der jedoch nur aus der Zahl der früheren Assistenten erwählt werden darf. Die Assistenten selbst werden ebenfalls auf dieselbe Weise auf drei Jahre gewählt, müssen aber Schüler der Anstalt gewesen sein. Durch diese Einrichtung werden dem Institute alle sieben Jahre frische Kräfte zugeführt, ohne dass gleichzeitig die Grundsätze in der Leitung wesentlich geändert werden. So sehr dadurch nun auch einerseits die Anstalt gewinnt und andererseits doch die Schule den Eindruck des Althergebrachten, Stabilen macht, so ist auch nicht der Nachtheil zu verkennen, den diese Einrichtung auf die Entwickelung der Dubliner Schule gehabt hat, manche zweckmässige Neuerung hat erst langsam Platz gegriffen, da jeder neu eintretende Master in den Lehren seiner Vorgänger als Schüler und Assistent erzogen war. Der Master hat ausser freier Wohnung in der Anstalt keine Besoldung, erhält aber von jedem Assistenten 100 Pf. St. und ausserdem Honorare von den Schülern.

Mosse starb am 16. Februar 1759 vierundsiebenzig Jahre alt „in feeding the lamp of charity, he had exhausted the lamp of life." Ihm folgte als erster erwählter Master Sir *Fielding Ould*, der eigentliche Gründer der so berühmten Dubliner Schule. Seine Studien hatte er zum grossen Theil in Paris unter *Gregoire* gemacht und seit 1737 zu Dublin prakticirt, war auch Assistent im Gebärhause unter *Mosse* gewesen. Sein Buch „Treatise of Midwifery" war 1742 erschienen und das erste systematische Werk der Art in Irland. In diesem Buche sind schon die Grundlehren der Dubliner Schule, wie sie noch bis vor Kurzem Gültigkeit hatten, enthalten, zugleich tritt er mit vielem Glücke gegen manche Irrlehren seiner Zeit darin auf. So beweist er gegen *Mauriceau* und die damals allgemein gültige Ansicht, dass die Wände des Uterus im Beginne der Schwangerschaft an Dicke zunehmen, ferner dass *Deventer*'s Lehre, Schiefheit des Uterus sei Hauptursache der Geburtshindernisse falsch ist. Er erfand einen als Terebra occulta lange in England in Gebrauch gewesenen Perforator,

Digitized by Google

der in einem durch eine Hülse gedeckten Stachel besteht. Die Lehren, die auf die Dubliner Schule am meisten Einfluss gehabt haben, waren: 1) dass man bei todten Kindern niemals die Zange anwenden dürfe, sondern immer perforiren müsse, 2) dass bei Beckenenge häufig die Wendung ein Rettungsmittel für das Kind sei und endlich ist er der Erste gewesen, der den Geburtsmechanismus einigermaassen erkannte, indem er nachwies, dass beim Beginn der Geburt das Gesicht des Kindes immer nach einer Seite des mütterlichen Beckens gerichtet sei und nicht, wie man allgemein glaubte, von Anfang an nach dem Os sacrum. Er starb 1789, nachdem er bis 1766 Master gewesen war. Unter seinen nächsten Nachfolgern *Henry Collum* und *M'Briede* wurde der Anfang mit regelmässigen Vorlesungen über Geburtshülfe gemacht; auch erhielt die Anstalt das Recht, ihren Schülern nach abgelegtem Examen die Licenz zur geburtshülflichen Praxis in Irland zu ertheilen. Es genügt, die Namen der anderen Master zu nennen, um die Bedeutung dieses Institutes für die Entwickelung der Geburtshülfe zu zeigen, es waren: *Jebb*, *Rock*, *Clarke*, *Evory*, *Kelly*, *Hopkins*, *Labatt*, *Pentland*, *Collins*, *Kennedy*, *Johnson*, *Shekleton*, *M'Clintock* und *Denham*, der jetzt Vorstand ist.

Nachdem schon *Clarke* im Dublin Journal of Medical science einen kürzeren statistischen Bericht über die Vorkommnisse in der Anstalt (10,387 Fälle) während seiner Mastership gegeben hatte, veröffentlichte *Collins* [1]) ein ausgezeichnetes Werk, in dem er über 16,654 Geburten den genauesten Bericht abstattet, ihm folgte *M'Clintock* und *Hardy* [2]) mit einem ähnlichen Werke über 6639 Geburten, die unter *Johnson* vorkamen, in den drei Jahren, wo die Herausgeber Assistenten waren, und endlich statteten *Sinclair* und *Johnston* [3]) über 13,768 Fälle Bericht ab, die ihnen als Assistenten von *Shekleton* zur Beobachtung kamen, diese Werke geben in ausgezeichneter Weise über 47,203 Geburten jeden nur wünschenswerthen statistischen Aufschluss und lassen die

1) Practical Treatise on Midwifery, London 1836.
2) Practical Observations on Midwifery, Dublin 1848.
3) Practical Midwifery, London 1858.

Digitized by Google

Vorzüge und Schwächen der Dubliner Schule sehr gut beurtheilen.

Bis zum Jahre 1858 (*M'Clintock*) sind in dieser grossartigen Anstalt 183,000 Frauen entbunden und 5000 Schüler unterrichtet worden. Statistische Ausweise von 1858 an sind noch nicht erschienen. Bis zum Jahre 1847 sind nach den Berichten von *Clarke*, *Collins* und *M'Clintock* 156,000 Frauen entbunden, 158,535 Kinder geboren worden, nämlich 2366 Mal waren Zwillinge geboren, also ein Mal unter 66 Geburten, 33 Mal Drillinge, 1 unter 4730, und ein Mal Vierlinge. Es waren 82,314 Knaben und 76,221 Mädchen, todtgeboren waren 9291, also 1 unter 17½, und starben im Hospital 5733, also 1 von 26. Von den Müttern starben 1903, also 1,2 Procent. In den Jahren 1847—1854 wurden von 13,748 Frauen 13,933 Kinder geboren, wobei 50 Aborte, bei denen das Geschlecht unbestimmbar war, nicht mitgezählt sind, es waren 7177 Knaben und 6756 Mädchen, also 421 Knaben mehr als Mädchen. 233 Zwillinge oder 1 Mal unter 59 und 1 Mal Drillinge wurden geboren. 968 wurden todtgeboren. Von den Frauen starben im Wochenbette 163 oder 1 von 84. Demnach gebaren im Ganzen: 169,748 Frauen 172,468 Kinder, darunter 2599 Zwillinge oder 1 unter 65 Geburten, Drillinge 34 oder 1 unter 4992, Vierlinge nur 1 Mal. Von den Frauen starben 2066 oder 1 von 82, d. i. 1,2 Procent, 10,259 Kinder wurden todtgeboren, also 1 von 16½. Bei dieser Statistik fällt zweierlei in die Augen: zunächst der ausgezeichnete Gesundheitszustand der Wöchnerinnen der Anstalt, indem nur 1,2 Procent starben, während nach *Spiegelberg* (l. c.) die Sterblichkeit in Paris 4,2 Procent, in Prag 3,3 Procent und in Wien 4,8 Procent beträgt. Die Gründe für dieses günstige Verhalten werden wir nachher kennen lernen. Dann ist das Verhältniss der mehrfachen Geburten ein ungewöhnliches. Während nach *Churchill* [1]) für England das Verhältniss der Zwillingsgeburten wie 1 : 75 ist, in Frankreich 1 : 108 und in Deutschland 1 : 87, ist es in Irland 1 : 65, bei den Drillingsgeburten ist es in England 1 : 5561, Frankreich 1 : 6568 und Deutschland 1 : 9765, dagegen in Irland 1 : 4992. Ausserdem kommt

1) Theory and Practice of Midwifery, London 1860.

Digitized by Google

noch eine Vierlingsgeburt hinzu und in der Sammlung der Rotunda befindet sich gar ein Präparat von Fünflingen, dessen schon *Arneth* und *Spiegelberg* Erwähnung thun. Ich will hier nur ein zweites Präparat von Fünflingen erwähnen, das ich im *Hunter*'schen Museum im College of Surgeons zu London sah und über das ich dem Catalog folgende Notizen entnehme:

No. 3681. Fünf Fötus weiblichen Geschlechts im Alter von fünf Monaten: Der erste geborene war todt, ist 9″ lang und $6^1/_2$ Unzen schwer; der zweite, ebenfalls todtgeboren, $4^1/_4$ Unzen schwer, $6^1/_4$″ lang; der dritte wurde lebend geboren und hat ein Gewicht von $8^1/_2$ Unzen, eine Länge von $9^1/_8$″; der vierte, todt geboren, ist $6^1/_2$ Uuzen schwer und $9^1/_8$″ lang; der fünfte, lebend geboren, wog 9 Unzen und war $9^1/_8$″ lang. Die beiden lebend Geborenen lebten nur eine Stunde. Ueber die Geburt ist wenig zu bemerken. Die Mutter, *Marg. Waddington*, lebte in einem Dorfe von Lancashire, war 21 Jahre alt, eine Mehrgebärende. Sie hatte in der Schwangerschaft bedeutende Beschwerden durch die Ausdehnung des Leibes und gebar am 24. April 1786 in 50 Minuten die fünf Kinder, von denen jedes getrennte Eihäute hatte, die Placenten waren jedoch zu einer verwachsen. Der Fall ist beschrieben in den Philosophical Transactions, 1787, Bd. 77, S. 344. Ganthshove a remarkable case of numerous births with observations.

Eine grosse Bedeutung hat nun das Dubliner Gebärhaus dadurch, dass es die einzige grosse Unterrichtsanstalt für Geburtshülfe in Grossbritannien ist, wo Studirende in grosser Ausdehnung Gelegenheit zu Beobachtungen haben. An allen Spitälern Schottlands und Englands, wo medicinischer Unterricht gegeben wird, besteht der geburtshülfliche, ausser in theoretischen Vorlesungen, meist nur in einer Poliklinik, die doch sehr wenig nutzen kann, wenn ihr nicht der Unterricht in einer stationären Klinik vorangegangen ist. Die wenigen Gebärhäuser und Gebärabtheilungen an Spitälern, die für den Unterricht bestimmt sind, sind meist ganz unbedeutend, und auch da finden nur wenige Studirende in der Stellung als Famuli Gelegenheit zum Erlernen der praktischen Geburtshülfe. In Irland kann sowohl das Dubliner Gebärhaus, als das College of Physicians und das College of Surgeons die

Digitized by Google

Erlaubniss zur geburtshülflichen Praxis ertheilen. Seit dem Jahre 1715 ist im College of Physicians ein Examen dazu erforderlich, während erst 1743 ein Professor für theoretische Geburtshülfe von dem genannten College angestellt ist; dasselbe verlangt jetzt von jedem Examinanden, dass er wenigstens drei Monate in einem Gebärhause von 30 Betten oder sechs Monate in einem Gebärhause von 15 Betten beschäftigt gewesen ist. Das College of Surgeons hat erst seit 1788 Examina und eine Professur für diesen Zweck eingerichtet und verlangt von jedem Candidaten ausser den theoretischen Collegien eine sechsmonatliche Beschäftigung in einer Gebäranstalt oder in einer geburtshülflichen Poliklinik und den Nachweis, dass er bei 30 Geburten zugegen gewesen ist.

In der Dubliner Gebäranstalt werden vom Master jedes Jahr zwei vollständige theoretische Curse über Geburtshülfe gelesen. Für den praktischen Unterricht zerfallen die Schüler in Interne und Externe; die ersteren wohnen in der Anstalt und bezahlen 20 Guineen für sechs Monate, ihre Zahl beträgt 6 bis 8; die Externen zahlen nur 10 Guineen für dieselbe Zeit. Die Schüler haben abwechselnd bei den Geburten die Wache, müssen Journal führen, bei Unregelmässigkeiten u. s. w. den Assistenten berichten u. s. w. Nur der jedes Mal Wachthabende befindet sich im Zimmer der Kreissenden, die Anderen machen die Visiten des Masters mit. Darauf beschränkt sich der praktische Unterricht, ein eigentlich klinischer Unterricht mit Besprechungen des gerade vorliegenden Falles findet nicht statt, ebensowenig werden die Studirenden im Untersuchen Schwangerer geübt. Doch diese Nachtheile werden dadurch reichlich aufgewogen, dass bei dem grossen Material und den im Vergleich mit continentalen Kliniken wenigen Studirenden dieselben sich eben ein halbes Jahr ausschliesslich mit Geburtshülfe beschäftigen und zwar stets am Gebärbette selbst. Der Hebammenunterricht ist in ganz Grossbritannien in sehr schlechten Verhältnissen, was leicht erklärlich ist, da in den besseren Ständen die Geburtshülfe ganz in den Händen der Aerzte ist und die Frauen als Hebammen nur in den untersten Schichten der Bevölkerung beschäftigt sind. Die Hebammen werden in Dublin von den Assistenten unterrichtet, sonst haben sie den praktischen Unterricht mit der

Digitized by Google

Studirenden gemeinsam; wenn sie sechs Monate im Hause gewesen sind, erhalten sie von der Anstalt die Erlaubniss zur Praxis. Es haben 12 im Hause Platz, jedoch nehmen niemals so viel am Unterrichte Theil.

Die Einkünfte der Anstalt bestehen hauptsächlich aus den freiwilligen Beiträgen der Governors. Es ist dies eine für England sehr charakteristische Einrichtung. Wie schon oben angedeutet, bestehen alle Wohlthätigkeits- und Krankenanstalten aus freien Beiträgen. Diejenigen, die nun zu diesen Anstalten entweder einen einmaligen oder einen laufenden Beitrag von einer gewissen Höhe, die nach den Anstalten verschieden ist, zahlen, erhalten den Titel Governor der Anstalt und bekommen damit die Verwaltung u. s. w. einer solchen in die Hände. Sie wählen aus ihrer Mitte einen Verwaltungsrath, der die laufenden Geschäfte der Anstalt zu besorgen hat, sie wählen die Beamten der Anstalt, Aerzte u. s. w. und zwar durch persönliche Abstimmung, nur die Damen (Governess) können schriftlich ihre Vota geben. So gerecht diese Einrichtung auch ist, so hat sie doch auch bei Besetzung der Stellen, die zwar alle unbesoldet sind, doch einige Nachtheile, indem den verschiedensten Intriguen dabei die Thür geöffnet ist. Ausserdem hat es für den Arzt nach unseren Vorstellungen etwas Peinliches, wenn er um eine Stelle an einem Krankenhause oder einem Dispensary (Poliklinik) zu erhalten, bei oft 100 und mehr Governors um ihr Votum nachsuchen muss. Ja, mir wurde erzählt, dass in London zuweilen Aerzte zu diesem Zwecke anderen Leuten die nöthige Summe zahlten, damit dieselben Governors werden, wenn sie dafür deren Stimmen bei der bevorstehenden Wahl erhielten; wenn der Beitrag nicht weiter gezahlt wird, erlischt natürlich das Recht, Governor zu sein, und wenn auch die ärztlichen Stellen unbesoldet sind, so sind sie dennoch meist in Bezug auf das Publikum von grossem Einflusse, der Andrang dazu natürlich immer ein grosser. Ein anderes noch wichtigeres Recht haben die Governors in Bezug auf die Krankenaufnahme. In den meisten Krankenanstalten werden nämlich nur solche Kranke aufgenommen, die ein Aufnahmeformular mit einer Empfehlung von einem der Governor bringen. Je nach der Höhe des Beitrags kann jeder Governor mehr

Digitized by Google

oder weniger Kranke zu gleicher Zeit empfehlen. Es hat dies für den armen Kranken oft den Nachtheil, dass die Angehörigen oder er selbst erst wer weiss wie lange herumlaufen müssen, um eine Aufnahmeempfehlung in ein Krankenhaus zu bekommen. Andererseits bietet diese Einrichtung auch ein Bild von den Beziehungen, in denen der colossale Reichthum des Landes mit der nicht minder colossalen Armuth steht und wie die Hülfe dadurch weit werkthätiger wird, als bei unserer Armenpflege, die mehr oder weniger bureaukratischer Natur ist. Jede wohlhabende oder reiche Familie gehört ohne Ausnahme zu den Unterhaltern eines oder gewöhnlich mehrerer Spitäler und sie hat dann immer, ähnlich wie im alten Rom, eine Menge armer Familien als Clienten, denen sie im Nothfalle beispringen kann, dadurch aber auch deren Verhältnisse weit besser kennen lernt. Man kann nach eigener Anschauung gewiss nur sagen, dass in keinem Lande der Welt so viel für die Armenpflege geschieht, als in England; dass trotzdem aber die Armuth eine wahrhaft schauderhafte Höhe erreicht hat, liegt wohl hauptsächlich in den wahrhaft colossalen Verkehrsverhältnissen, und soweit man dies als Fremder zu beurtheilen im Stande ist, in der fehlerhaften Vertheilung des Grundbesitzes, wobei ein selbstständiger Bauernstand gar nicht existirt. Ausserdem ist England und speciell London der Centralpunkt der ganzen bewohnten Erde, und durch die Freiheit seiner Institutionen verlockt strömen aus aller Herren Länder Gewinnsüchtige u. s. w. herbei, die dann oft das Proletariat bedeutend verstärken; ich bin wenigstens in London am meisten von Deutschen und Franzosen angebettelt worden, weit seltener von Engländern, dagegen habe ich noch niemals auf dem Continent einen bettelnden Engländer gesehen. Was die Ursache des entsetzlichen Pauperismus speciell in Irland anlangt, so würde es viel zu weit von meinem Thema ablenken, um auf meine persönlichen Beobachtungen darüber einzugehen.

Ein Governor for life für das Dubliner Gebärhaus muss 100 Pf. St., ein Annual Governor einen jährlichen Beitrag von 10 Pf. St. und ein Eintrittsgeld von 20 Pf. St. zahlen. Ausser den Beiträgen der Wohlthätigkeit, durch die das Dubliner Gebärhaus nun schon seit 107 Jahren erhalten wird,

Digitized by Google

zu denen auch sehr reiche Legate u. s. w. zu rechnen sind, zieht es noch einen bedeutenden Theil seiner Einkünfte aus der Vermiethung einer runden an das Gebäude stossenden Halle mit dazu gehörigen Sälen, die zu Versammlungen, Bällen u. s. w. als feinstes Gesellschaftslocal von Dublin benutzt werden, ebenso wie der grosse und schöne Garten der Anstalt zu Schaustellungen aller Art vermiethet wird und stets einen Versammlungsort der feinen Welt von Dublin bildet. Die Regierung zahlte früher noch einen jährlichen Beitrag, der aber immer vermindert wurde und bald ganz aufhören soll, da man in Grossbritannien sowohl Seitens der Regierung als der Bevölkerung das Princip hat, alle diese Wohlthätigkeitsanstalten ganz frei von einem Zusammenhange mit der Regierung zu erhalten.

Die Anstalt selbst liegt am Ende der Upper-Sackville-street, einer der schönsten Strassen Europa's, in dem oben erwähnten Garten, in welchem die Front von Osten nach Westen verläuft. Das Hauptgebäude wird durch eine schöne mit Marmorbüsten und den Gedenktafeln der früheren Master und der Wohlthäter geschmückte Halle in zwei Theile getheilt. Im Erdgeschosse ist die Wohnung des Masters u. s. w. und von da führt eine sehr schöne breite Treppe in die beiden Stockwerke. Diese werden der Länge nach durch einen Corridor getrennt, auf den die Thüren der Krankensäle münden und an dessen beiden Enden Fenster sind, so dass er sehr gut ventilirt werden kann. Auf jeder Hälfte befinden sich zwei Abtheilungen, also in beiden Stockwerken zusammen acht. Jede dieser Abtheilungen besteht aus einem grossen und gewöhnlich zwei kleinen Räumen. Jeder dieser grossen Räume enthält sechs Betten für die Entbundenen, allein niemals sind alle sechs Betten belegt und die kleinen Räume mit etwa 3 bis 4 Betten zusammen dienen als Aufenthalt für die Wärterin und für den Fall, dass eine erkrankte Wöchnerin separirt werden soll, die dann immer in ein derartiges Zimmer mit einer besonderen Wärterin kommt. Die sämmtlichen Räume sind hoch, luftig und sehr reinlich gehalten, die oft frisch geweissten Wände haben als Schmuck zahlreiche Wappen der Wohlthäter der Anstalt und machen einen höchst freundlichen Eindruck. Eingerichtet ist die Anstalt auf 140 Betten,

Digitized by Google

allein davon sind von Hause aus 13 weggenommen für den nothwendigen Raum für Hebammen, Schüler u. s. w., ausserdem sind 24 Betten frei wegen Mangel an Einkommen, so dass im Ganzen 103 Betten bleiben, die auf 11 Abtheilungen in der oben beschriebenen Weise vertheilt sind, 9 von diesen Abtheilungen werden in einem gewissen Turnus für die Gebärenden und Wöchnerinnen benutzt, eine für die Reconvalescenten und eine für gynäkologische Kranke. Die beiden letzten und eine von den Abtheilungen für Gebärende sind in einem Nebengebäude, das mit dem Hauptgebäude durch einen gedeckten Gang verbunden ist. In diesem Nebengebäude befindet sich auch die Sammlung u. s. w. Die neun Räume werden in einem gewissen Turnus belegt, so dass ein bis zwei immer leer stehen, dabei werden die Wöchnerinnen am achten bis neunten Tage entweder entlassen oder die noch nicht so weit Hergestellten kommen in das Reconvalescentenzimmer, so dass nach achttägigem Gebrauche jede Wochenstube frei wird und dann nach sorgfältigster Reinigung wenigstens zwei bis drei und mehr Tage leer steht bei geöffneten Fenstern und Thüren. Bei einer Puerperalfiebererkrankung wird der betreffende Raum auf viel längere Zeit geschlossen und in seine Stelle einer von den aus Mangel an Fonds leer stehenden zur Aushülfe genommen. Dies Alles wird durch den oben geschilderten grossen Belegraum, indem nie mehr als 40 bis 50 Wöchnerinnen zu gleicher Zeit da sind, noch wesentlich verbessert; sowie die kleinen Seitenzimmer mit ihren besonderen Eingängen, während sie doch auch zugleich mit dem Hauptzimmer communiciren, von sehr grossem Nutzen sind. Dazu kommt eine ebenso einfache wie vorzügliche Ventilationsvorrichtung. Jedes Zimmer hat nämlich eine besondere Röhre, die direct in das Freie und zwar auf dem Dache des Hauses mündet, so dass die Luft der Zimmer stets direct nach aussen geführt wird, zugleich sind die Thüren nach den Corridors durchlöchert. Bei der ungemein gleichmässigen Temperatur Irlands, wo es niemals zu grosser Hitze und äusserst selten zu einem ganz kurzen Froste (so dass ein Schneefall zu den grössten Seltenheiten gehört) kommt, ist diese Ventilation gewiss sehr empfehlenswerth, unterstützt wird dieselbe noch durch die grossen Kamine, wo nach englischer Sitte eigentlich dauernd

Digitized by Google

ein offenes Feuer brennt und dann auch durch die englischen Fenstervorrichtungen, die es erlauben, dass ein ziemlich ausgiebiger Luftstrom in das Zimmer dringt, ohne die Insassen durch Zug und dergl. zu belästigen. In England sind die Fenster nämlich nicht, wie bei uns, der Länge nach durch vier oder zwei Flügel gebildet, die man eigentlich nur ganz schliessen oder ganz öffnen kann, sondern sie sind der Quere nach in zwei Hälften getheilt, die aneinander zu verschieben sind, indem das obere ganz auf das untere geschoben wird, oder umgekehrt, oder, was das Zweckmässigste ist, beide etwas aneinander verschoben werden, so dass oben und unten eine Spalte für den Luftzutritt entsteht. Diese Einrichtungen zusammen machen es erklärlich, dass man, worauf auch schon *Arneth* aufmerksam macht, keine Spur jenes Puerperalgeruches wahrnimmt, der auf dem Continent und auch in anderen englischen Gebärhäusern nur zu bekannt ist. Jene oben erwähnte Ventilation wurde von *Clarke* und *Collins* zunächst eingeführt um die grosse Sterblichkeit der Neugeborenen zu mässigen; dieselbe war bis auf 1 von 4 Neugeborenen gestiegen und sank nach dieser Einrichtung gleich auf einen Todesfall unter 24 Kindern.

Die grosse Reinlichkeit, die in der Anstalt beobachtet wird, erstreckt sich auch besonders auf die Wäsche, und diese ist so reichlich vorhanden, dass die Wöchnerinnen in den acht Tagen des Wochenbettes fünf Mal die Wäsche gewechselt bekommen können; der „Binder" (die Bauchbinde) wird täglich erneuert. Zur Beaufsichtigung und Besorgung der Wäsche ist eine eigene Frau angestellt. Ausserdem hat eine jede Abtheilung eine besondere Wärterin und ein Dienstmädchen, während eine Oberhebamme mit den Hebammenschülerinnen die nöthige Hülfe bei den Entbindungen leistet.

Es werden in die Gebäranstalt nur Kreissende aufgenommen, niemals gesunde Schwangere; sollte eine Schwangere krank sein, so wird sie auf die gynäkologische Abtheilung gelegt. Es werden den Statuten gemäss nur verheirathete arme Frauen in der Anstalt entbunden. In allen Gebärhäusern Grossbritanniens gilt dieser engherzige Grundsatz, so dass die unehelich Geschwängerten, denn deren giebt es in dem frommen und sittenstrengen England so viel wie

Digitized by Google

überall, die gerade oft in der grössten Noth sind, einzig und allein auf die Armenhäuser (Workhouses) angewiesen sind, mit welchen auch immer ein Spital und eine Gebärabtheilung in Verbindung ist. Im Dubliner Gebärhause scheint nun die Vorschrift, dass nur verheirathete Frauen aufgenommen werden, in anerkennenswerther Weise nicht sehr streng befolgt zu werden, denn bei der Aufnahme konnte ich nie bemerken, dass über diesen Punkt Ausweis verlangt wurde, und als ich den Assistenten fragte, woher er wisse, dass die Frauen verheirathet seien, antwortete er mir, er setze es voraus (I suppose so). In der That werden in den Berichten von *Denham* u. s. w. in der letzten Zeit häufig Unverheirathete aufgeführt. Eine ebenso lobenswerthe Nachsicht wird bei der Aufnahme darin geübt, dass die Schwangeren nicht unerlässlich eine oben erwähnte Empfehlung von einem Governor zu haben brauchen. Alle, die in der Anstalt entbunden werden wollen, melden sich bei dem Assistenten, der nur in abnormen Fällen dieselben untersucht und wenn sie unwohl sind, ambulatorisch behandelt; erhalten einen Aufnahmeschein, mit dem sie sich bei Eintritt der Wehen beim Portier der Anstalt melden, der sie in seine Liste einträgt und dann der Wärterin desjenigen Zimmers, das gerade an der Reihe ist, übergiebt. Ein eigenes Kreisszimmer existirt nicht, wohl aber in jedem Zimmer ein Kreissbett, das nur etwas niedriger als die gewöhnlichen Betten ist und in der Nähe des Kamines steht; auf diesem liegen die Frauen noch $1^1/_2$ Stunden nach der Entbindung und dann wird dasselbe an das für die Wöchnerin in demselben Zimmer befindliche bestimmte Bett gerollt. Jede Wöchnerin erhält dabei sowohl, als auf dem Geburtsbette frische Wäsche und einen frischen Strohsack. Alle Betten haben Vorhänge, die nicht nur dieselben verunstalten, sondern natürlich der Reinlichkeit viele Hindernisse bieten; ich habe dieselben eigentlich immer zurückgeschlagen gesehen und nur bei Besichtigung der Genitalien werden sie keusch heruntergelassen.

Erstgebärende dürfen vor dem fünften Tage nicht aufstehen. Besuche werden vor dem dritten Tage nur in den dringendsten Fällen erlaubt und überhaupt niemals weibliche Besuche ohne ganz besondere Gründe zugelassen, gewiss eine

Digitized by Google

sehr verständige Einrichtung. Die Ehemänner können vom dritten Tage an ihre Besuche zu jeder ihnen passenden Zeit machen. Im Allgemeinen werden die Frauen am achten Tage entlassen, oft in einem Wagen in ihre Wohnung befördert. Da die Mehrzahl der Frauen, wie gesagt, verheirathet sind, kommt es natürlich häufiger vor, dass sie früher in ihre Häuslichkeit zurückwollen, wenn sie trotz des ärztlichen Abrathens darauf bestehen, müssen die Männer darüber einen Revers ausstellen, wodurch sie alle Verantwortlichkeit für etwaige folgende Erkrankungen übernehmen. Bei der Entlassung bekommen die Frauen, wie in allen englischen Hospitälern, einen gedruckten Zettel, den sie unterschreiben müssen und durch den Gott für ihre Wiederherstellung gedankt wird, diesen müssen sie an den Governor, durch den sie empfohlen sind, abgeben oder an den Geistlichen ihres Kirchspiels. Es werden jetzt ungefähr 100 Frauen durchschnittlich in jedem Monate entbunden.

Was die ärztliche Leitung der normalen Geburt anbelangt, so ist zu bemerken, dass, wie bekannt, die Lage der Kreissenden immer die auf der linken Seite ist. Auf die Unterstützung des Perinäums wird grosses Gewicht gelegt, nur macht *M'Clintock* darauf aufmerksam, dass man dasselbe nicht zu früh unterstützen soll, wie das besonders bei Anfängern häufig geschieht, die jedes Mal die Hand schon anlegen, wenn nur der Kopf gegendrängt; durch diese Manipulationen wird das Perinäum heiss, trocken und so oft leichter zu Rissen disponirt. Ist der Kopf geboren, so überlässt man die weitere Austreibung des Kindes immer der Wehenthätigkeit, nur in äusserst seltenen Fällen der Gefahr geht man zur Schulter, um daran zu ziehen. Die Uterinthätigkeit reizt man dadurch an, dass man unmittelbar nach der Geburt des Kopfes die Hand auf den Fundus uteri legt und ohne zu reiben, nur durch kräftigen Druck, einen dauernden Contractionszustand des Uterus herbeiführt. Dieser Druck wird stetig fortgesetzt, bis allein durch ihn die Placenta zu Tage getreten ist. Dies Verfahren wird in Dublin seit Menschengedenken geübt, während es bei uns erst seit *Credé*'s erneutem Vorschlage sich allmälig Bahn bricht. Nach der Ausstossung der Placenta wird nun die Bauchbinde (Binder),

Digitized by Google

eine bei uns auf dem Continent wenig bekannte Vorrichtung, angelegt. Sie besteht in einem sehr breiten Stück Zeug (meist Leinwand und dergl.), das rings um den Leib angelegt und sehr fest zugebunden oder mit Nadeln gesteckt wird, nach vorn befindet sich darangenäht wie eine Schürze ein zweites Stück Zeug, das vor die Genitalien zwischen die Schenkel der Entbundenen zu liegen kommt und dazu bestimmt ist, das Lochialsecret aufzunehmen. Wie schon erwähnt, wird diese Binde täglich gewechselt; ihre Vortheile liegen nach der Ansicht der irischen Aerzte hauptsächlich darin, dass sie einen dauernden Contractionszustand des Uterus erhalten soll und dadurch Blutungen verhüten und die Rückbildung beschleunigen. Ich lasse beides dahingestellt und füge nur hinzu, dass nicht nur die Aerzte ohne Ausnahme von der Nützlichkeit der Vorrichtung ganz überzeugt, sondern auch die Wöchnerinnen ausnehmend damit zufrieden sind. In der That lässt sich denken, dass diese Unterstützung der so plötzlich erschlafften, vorher auf's äusserste ausgedehnten Bauchdecken den Frauen eine grosse Annehmlichkeit bieten muss. Der Binder wurde früher noch vor Ausstossung der Placenta angelegt, jetzt jedoch allgemein erst nach derselben. Bei Zögerungen der Nachgeburt entschliesst man sich nur sehr ungern dazu, mit der Hand einzugehen und thut dies nur, wenn Gefahr für die Frau da ist oder eine Verwachsung angenommen werden muss. *M'Clintock* meint, dass unter drei derartigen Fällen im Hospitale zwei tödtlich verlaufen. Bei sehr schmerzhaften Nachwehen und bei beginnender Metritis sind Umschläge mit Terpentin sehr beliebt; ein Stück Flanell wird in heisses Wasser getaucht, dann mit Terpentin besprengt und dies so lange auf dem Leibe der Frau liegen gelassen, als sie es ertragen kann. Schon seit *Clarke* will man wiederholt die Bemerkung gemacht haben, dass Frauen, die sehr von Nachwehen zu leiden haben, auch immer eine schmerzhafte Menstruation durchzumachen haben.

Die Kinder werden erst dann an die Brust gelegt, wenn eine reichliche Milchsecretion eingetreten ist und nicht, um eine solche einzuleiten; man fürchtet nämlich vor Allem, wunde Warzen, die man als Hauptursache der Mastitis gewiss mit Recht ansieht. Niemals soll die Retention der Milch und

Digitized by Google

die dadurch bedingte Anschwellung Ursache der Entzündung sein, was wohl zu allgemein hingestellt ist. Uebrigens zeigte mir *M'Clintock* einen sehr instructiven Fall in dieser Beziehung. Eine Wöchnerin hat früher eine Verbrennung der linken Brustdrüse erfahren, die eine derartige Narbe zurückgelassen, dass dadurch die ganze Warze zerstört war und sämmtliche Ausführungsgänge der Drüse in festem Narbengewebe untergegangen, also eine Entleerung der Drüse unmöglich. Dieselbe war strotzend gefüllt mit angesammelter Milch, bot aber keinerlei Entzündungserscheinungen dar. Wunde Warzen werden häufig mit einer Auflösung von Guttapercha in Collodium behandelt.

Schon oben machte ich auf den überaus günstigen Gesundheitszustand der Dubliner Entbindungsanstalt aufmerksam, und derselbe hat seinen wesentlichsten Grund in dem seltenen Auftreten des Puerperalfiebers. Die Ursachen für dieses seltene Erscheinen liegen in der Schilderung der Anstalt selbst hinreichend klar dar und sind auch schon von *Arneth* und *Spiegelberg* hinreichend gewürdigt. Ich will in Kürze nur noch auf die Hauptpunkte aufmerksam machen, diese sind die gute Lage des Hauses, der grosse Belegraum in Verbindung mit dem Wechsel der Zimmer, die Ventilation und grosse Reinlichkeit, die Trennung der Kranken (nicht allein Puerperalfieberkranken) von den Gesunden und der Umstand, dass nur Kreissende aufgenommen werden, also keine Schwangeren sich lange vor der Entbindung in der Anstalt aufhalten. Dies sind die Hauptursachen für das seltene Auftreten des Puerperalfiebers, und es ist gewiss nicht überflüssig, zu erwähnen, dass dies Alles allein ausreicht, und zwar bei fortgesetztem Unterrichte, um dem Puerperalfieber Grenzen zu ziehen, gerade jetzt, wo man gegen die Entbindungsanstalten überhaupt oder wenigstens als Unterrichtsanstalten sehr eingenommen ist. Damit will ich allerdings nicht den Anstalten für 4000 und mehr Entbindungen jährlich das Wort reden. Obwohl über das Puerperalfieber mehr als genug geschrieben und gesagt worden ist, ohne dass unsere Erkenntniss desselben dem entsprechend Fortschritte gemacht hätte, ist es doch vielleicht von einigem Interesse, hier kurz die hauptsächlichsten Epidemieen, die im Laufe der Jahre das Dubliner Gebärhaus heimgesucht haben, nach

Digitized by Google

den mir vorliegenden Schilderungen durchzugehen. Die erste Epidemie brach 1767, also nach zehnjährigem Bestehen der Anstalt aus, dann waren Epidemieen in den Jahren 1774, 1787, 1788, 1803, 1810 bis 1813, 1818 bis 1820, 1823, 1826, 1828 und 1829. Darauf eine Pause von vier Jahren. Die Epidemie von 1826 bis 1829, die *Collins* beschreibt, begann zu einer Zeit, wo in Dublin vielfach Typhus und bösartige Erysipele herrschten. Es kamen in diesen Jahren 88 Fälle von Puerperalfieber vor, von denen 56 starben. Von den 88 waren 1 vor der Entbindung schon erkrankt, 13 in den ersten 24 Stunden nach der Entbindung, 33 am ersten Tage, 29 am zweiten Tage, 8 am dritten Tage, 2 am vierten und 1 am achten Tage nach derselben. Von den 56 Todesfällen traten 4 in den ersten 30 Stunden nach der Erkrankung ein, 9 am zweiten Tage, 15 am dritten Tage, 13 am vierten, 4 am fünften, 5 am sechsten, 3 am siebenten, 2 am achten und 1 am eilften Tage der Krankheit. Von den Erkrankten waren 44 Erstgebärende, also gerade die Hälfte, 16 Zweit-, die übrigen Mehrgebärende. Von diesen 44 Erstgebärenden starben 30; so war auch in den Epidemieen von 1819 und 1820 das Mortalitätsverhältniss für die Erstgebärenden sehr ungünstig, von 114, die damals starben, waren 68 Erstgebärende. Im Jahre 1829 führte nun *Collins* die früher schon von *Clarke* angewandten Maassregeln strenger aus, d. h. er liess die Zimmer lüften, frisch weissen, mit Chlorkalklösungen reinigen, verbesserte die Ventilation, nachdem das Hospital einige Zeit ganz geschlossen war, und die letzte Maassregel findet jetzt noch immer bei etwas grösseren Epidemieen statt. Die Folge davon war, dass in den nächsten vier Jahren keine Erkrankung vorkam, dass überhaupt von den 10,784 in diesem Zeitraume entbundenen Frauen nur 58, also 1 von 186 starben. Die Behandlungen *Collin*'s bestanden in localen Blutentziehungen, während er Aderlass selten anwendete, reichlichem Quecksilbergebrauch, Bädern etc. Was die dürftigen Sectionsbefunde anlangt, so ist nur daraus hervorzuheben, dass er den Uterus fast immer gesund gefunden haben will, dagegen die Ovarien sehr oft entzündet und erweicht, wobei er die Beobachtung macht, dass er oft

Digitized by Google

Sterilität hatte eintreten sehen nach einer Genesung von Puerperalfieber. *M'Clintock* und *Hardy* schildern in ihrem Report die Fälle von Phlebitis, die in dem Zeitraume von 1842—1845 vorkamen, und erwähnen, dass in der Zeit besonders Erysipelas und diffuse Phlegmone auch in den übrigen Hospitälern Dublins sehr bedeutend geherrscht hätten.

Unter *Shekleton*'s Mastership war kein Jahr frei von Puerperalfieber, ohne dass eine heftige Epidemie geherrscht hätte. Im Jahre 1848 erkrankten 43, starben 23. (Es müssen zu dieser Epidemie noch aus November und December 1847 10 Erkrankungs- mit 9 Todesfällen hinzugezählt werden.)

Im Jahre	1849	erkrankten	29,	starben	19,
„ „	1850	„	15,	„	2,
„ „	1851	„	10,	„	5,
„ „	1852	„	3,	„	2,
„ „	1853	„	8,	„	5,
„ „	1854	„	11,	„	10.

Im Ganzen erkrankten demnach 129, von denen 75 starben.

Fast alle Fälle waren mit Peritonitis verbunden, gegen die anfänglich viele Aderlässe gemacht wurden; später unterliess man dies, Blutegel wurden auch nur wenig angewendet. Man sorgte für kräftige Nahrung und Stimulantien, Wein und Branntwein in reichlichen Quantitäten. Innerlich wurde viel Mercur und besonders Terpentin angewandt, letzterer auch als Klystier und zu Umschlägen.

Aus den Sectionsbefunden scheint hervorzugehen, dass viele Fälle Lymphangitis waren.

M'Clintock schildert eine von ihm als Master 1854 bis 1855 beobachtete Epidemie im Dublin Quart. Journal of Med. Science, Mai 1855. Während die von ihm oben erwähnte Epidemie 1845 ganz plötzlich eintrat, so war diese vom 1. December 1854 bis Mitte Februar 1855 dauernde Epidemie, wie auch aus dem obigen Berichte von *Johnston* hervorgeht, eigentlich nur eine Fortsetzung oder ein erneuter Ausbruch des schon im Jahre 1854 und vorher dagewesenen Puerperalfiebers. Es waren schon vorher Fälle von puerperaler Peritonitis, Typhus und besonders Scharlachfieber aufgetreten. In der genannten Zeit wurden überhaupt nur 182 Frauen

Digitized by Google

entbunden, da die Anstalt zeitweise ganz geschlossen wurde; von diesen erkrankten 38, also von je 5 eine, es genasen 17 und starben 21. Es verhielt sich somit die Sterblichkeit zur Gesammtzahl wie 1 : 8, demnach war sie 10 Mal grösser, als gewöhnlich. Von 3, die an Scharlach erkrankten, starben 2, eine, die dabei starke Metritis hatte, wurde durch reichliche Wein- und Brandy-Darreichung geheilt. Die übrigen Formen waren Peritonitis, Phlebitis und Putrescenz des Uterus (es ist dies die pathologisch-anatomische Classification *M'Clintock*'s). Während im Jahre 1845 bei der Epidemie viele Neugeborene an Trismus zu Grunde gingen, war dies Mal nichts dergleichen zu bemerken. Die ganze Zeit übrigens herrschte in der Stadt ebenfalls eine starke Puerperalepidemie, *M'Clintock* waren allein 16 bis 17 Todesfälle zur Kenntniss gekommen. Die Epidemie begann damit, dass am 1., 3., 4., 6., 9., 10., 11., 12. December je eine Wöchnerin erkrankte, dann am 13. drei und ebenso am 15. drei, von da ab erkrankte höchstens täglich eine, am 8., 9. und 10. Februar täglich zwei, womit die Epidemie erlosch. Von den 9 Frauen, die in den ersten 24 Stunden nach der Entbindung erkrankten, starben 8, nur 1 wurde hergestellt. Von 12 am zweiten Tage des Wochenbettes erkrankten, starben 6, von 10 am dritten Tage Befallenen 3. Unter den 38 Todesfällen waren 19 Erstgebärende, also wie bei *Collins* gerade die Hälfte. *M'Clintock* ist kein Anhänger der Lehre von der Contagiosität des Puerperalfiebers, erwähnt jedoch des Umstandes, dass in zwei gegenüberliegenden Zimmern allein 9 Todesfälle vorkamen, die Wärterin des einen Zimmers war die Mutter der Wärterin des anderen, und so war zwischen beiden Zimmern ein lebhafter Verkehr. Auch *M'Clintock* war bei dieser Epidemie kein Anhänger des früher in Dublin vielfach gemachten Aderlasses und wandte nur örtliche Blutentziehungen an, ebenso wie die oben geschilderten Terpentinumschläge. Mercur hat er oft bis zur Salivation gegeben, ohne einen Erfolg gesehen zu haben. Ebenso wenig sah er von der Darreichung des Opium. Dagegen gab er reichlich Terpentin, Wein und Kampfer. Terpentin gab er mit Ricinusöl als Purgans 1—2 Drachmen stündlich, ohne dass die Patienten je übel danach geworden wären oder geklagt hätten. Wein gab er oft mit Brandy 8—12 Unzen

Digitized by Google

in 24 Stunden. Als Hauptmittel betrachtet er die Blutegel, Purgantien und Darreichung von Wein und zwar vom zweiten Tage an. Ihnen schreibt er das verhältnissmässig günstige Sterblichkeitsverhältniss seiner Epidemie zu. Er verlor nämlich von 38 Erkrankungsfällen 21, also 55 Procent, während sonst das Verhältniss früher durchschnittlich 72½ Procent war, *Clarke* verlor von 28 Erkrankungen 21, *Collins* von 88, 56.

Die letzte grössere Epidemie schildert der jetzige Master *Denham* (Dubl. Quat. Journ. of Med. Science, November 1862). Er spricht sich, ohne neue Gründe beizubringen, sehr entschieden gegen die Contagiosität des Puerperalfiebers und auch besonders gegen die Lehre von *Semmelweiss* aus und hält das Puerperalfieber für epidemisch; dabei erwähnt er, dass auch diese Epidemie wieder mit vielfachen Erkrankungen an Erysipelas und Scarlatina zusammenfiel.

Im November 1861 wurden 72 Frauen entbunden; davon erkrankten 16 an Puerperalfieber und 1 an Scharlach. Von den 16 starben 9 (es war meist Phlebitis).

Im December 1861 waren unter 103 Geburten 14 Fälle von Puerperalfieber wovon 9 starben, 3 Fälle von Scharlach, die alle 3 starben.

Vom 1. bis 11. Januar 1862, wo die Anstalt einstweilen ganz geschlossen wurde, kamen 37 Entbindungen vor; 16 Frauen erkrankten an Puerperalfieber, wovon 10 starben, 4 bekamen Scarlatina, alle 4 starben, 2 am dritten, 2 am vierten Tage des Wochenbettes. Im Februar wurde die Anstalt wieder geöffnet, jedoch nur 30 Frauen entbunden; davon erkrankten 6 an Puerperalfieber, von denen 2 starben, dann erlosch die Epidemie. Es waren somit unter 252 Entbindungen 52 Erkrankungen an Puerperalfieber vorgekommen, von denen 30 mit Tode endigten. Acht Wöchnerinnen wurden von Scharlach befallen, von denen 7 starben. Wein wurde neben leicht verdaulicher, aber kräftiger Nahrung hauptsächlich gegeben; von den an Scharlach Erkrankten starb eine am 15. Tage, nachdem sie 148 Unzen Wein bekommen hatte; die Einzige, die genas, hatte 164 Unzen Wein und zwar immer Sherry erhalten.

Im Uebrigen fand *Denham* Aderlass und Purgantien schädlich, Liquor ferri sesquichlorati innerlich unnütz und

Digitized by Google

sah nur nach Blutegeln und Wein, allenfalls Tartarus stibiatus manchmal gute Erfolge. Interessant war ein Fall von Phlebitis, wo, wahrscheinlich durch Thrombose, der eine Augapfel ganz durch Eiterung verloren ging und die Patientin genas. Zu der Zeit, wo die beschriebene Epidemie in der Anstalt herrschte, waren in der Stadt 13 Fälle von Puerperalfieber vorgekommen.

Aus dieser kurzen Skizzirung des Puerperalfiebers und seines Auftretens in der Dubliner Anstalt geht auf jeden Fall wiederum Zweierlei mit Bestimmtheit hervor, was allerdings nicht neu ist. Erstens, dass das Puerperalfieber in innigem Zusammenhange mit den Gebäranstalten und deren Einrichtungen steht. Die bestcingerichtete grosse Entbindungsanstalt ist verhältnissmässig am meisten frei von Puerperalfieber, trotzdem kann sie sich nicht ganz frei halten davon, zeitweise treten kleinere Epidemieen auf, dann aber immer, was wohl zu beachten ist, mit gleichzeitigen Erkrankungsfällen in der Stadt. Durch rechtzeitiges kurzes Schliessen der Anstalt wird der weiteren Ausdehnung der Epidemie immer Halt geboten. Das Zweite, was aus dem Berichte hervorgeht, ist, dass Specifica gegen das Puerperalfieber zu suchen, nicht nur unwissenschaftlich, was immer hingehen könnte, wenn man welche fände, wie z. B. die so angepriesenen Purgantien, sondern auch ganz unnütz ist. Die einzige richtige Behandlungsweise ist die symptomatische; das einzige Specificum gegen das Puerperalfieber ist zweckmässigste Einrichtung der Gebärhäuser, und wenn es dadurch auch nicht ganz getilgt wird, so ist das der Medicin auch noch mit keiner Krankheit der Art gelungen.

Eigenthümlich ist bei den geschilderten Puerperalfieberepidemieen, und besonders bei der letzten, das gleichzeitige Auftreten des Scharlachfiebers bei den Wöchnerinnen, und zwar fast stets gleich nach der Entbindung und beinahe immer tödtlich verlaufend. Es ist dies in Dublin so häufig, dass man es förmlich zu den bösartigen Wochenbettskrankheiten rechnet, obwohl keine vom gewöhnlichen Scharlach abweichende Symptome dabei zu bemerken sind, ausgenommen, dass gewöhnlich Peritonitis bald hinzutritt.

Digitized by Google

Ich habe bei meinem Aufenthalte in Dublin nicht Gelegenheit gehabt, einen Fall der Art zu sehen und will daher hier kurz die Schilderung einer unlängst von *Halahan* in Dublin in der Privatpraxis beobachteten derartigen Epidemie anführen, wobei ähnlich wie bei den Fällen von *Denham* häufig Peritonitis mit verbunden war (Dublin Quart. Journal of Med. Science, 1863). Ihm kamen 25 derartige Fälle von Puerperalscharlach in der letzten Zeit zur Beobachtung, von denen 3 während der Geburt auftraten, 5 am ersten Tage des Wochenbettes, 10 am zweiten Tage und 4 am dritten Tage, 2 am fünften und 1 am sechsten Tage. Alle hatten Angina, heftiges Fieber, Scharlacheruption und die meisten dabei Metritis und Peritonitis, Frostanfälle hatten nur 2, von denen die am zweiten Tage des Wochenbettes erkrankten. 19 starben und nur 6 genasen. Am zweiten Tage starben 3, am dritten Tage 1, am vierten Tage 2, am fünften Tage 6, am sechsten Tage 2, am siebenten Tage 3 und am achten Tage 1, 1 starb erst am fünfzehnten Tage, nachdem sie in dieser Zeit 136 Unzen Wein und 16 Unzen Brandy bekommen hatte. Von 6 Genesenen war je 1 am ersten, zweiten, dritten und sechsten Tage des Wochenbettes erkrankt, 2 am fünften Tage, so dass alle, die während der Geburt erkrankt waren, starben, von denen die am ersten, zweiten und dritten Tage erkrankten, starben 4, 9 und 3, während alle am fünften und sechsten Tage Erkrankten genasen. Die Haupttherapie *Halahan*'s bestand in Darreichung von Wein und Brandy. Von den 6 Genesenen hatte eine im Verlaufe ihrer vierwöchentlichen Krankheit 392 Unzen Wein und 82 Unzen Brandy bekommen, die anderen hatten 69 Unzen Wein, 90 Unzen und 68 Unzen etc. erhalten.

Während bei normalen Geburten in Dublin niemals Chloroform in Anwendung kommt, werden die Kreissenden auch nur in besonderen Fällen und bei grösseren Operationen chloroformirt. Obwohl der jetzige Master *Denham* seiner Zeit zu den Ersten gehörte, die das Chloroform in die Geburtshülfe einführten, wendet er es jedoch nur in sehr beschränktem Maasse an, weil er davon einen üblen Einfluss auf die Reconvalescenz beobachtet haben will.

Digitized by Google

Ueber die Grundsätze, nach denen in dem operativen Theile der Geburtshülfe in der Rotunda verfahren wird, werden wenig Bemerkungen genügen, da sie lange nicht mehr in dem Grade wie früher von den allgemein in England und auf dem Continent befolgten abweichen. Bis vor Kurzem wurde in Dublin noch ein unbegreiflicher Missbrauch mit der Perforation getrieben. Während unter 576 Geburten nur ein Mal die Zange angelegt wurde, wurde die Perforation des Kindes ein Mal unter 138 Geburten gemacht. Demgemäss war auch das Resultat der Operationen; von allen operativen Fällen überhaupt verlor *Collins* 77 Procent der Kinder und 25 Procent der Mütter, *M'Clintock* 76 Procent der Kinder und 22 Procent der Mütter, während *Boër* 47 Procent der Kinder und 6 Procent der Mütter in seinen operativen Fällen nach *Spiegelberg* verlor und später in Wien nach *Arneth* das Mortalitätsverhältniss der Mütter 12 Procent, das der Kinder 34 Procent bei den Operationen betrug. Bedingungen zur Zangenanlegung waren noch bis vor Kurzem: Leben des Kindes, Stand des Kopfes im Beckenausgange bei vollständig erweitertem Muttermunde, vollständig geräumiges Becken, also kein Grad von Beckenenge. Indicationen zur Zangenanlegung waren nur Gefahren von Seiten der Mutter, traten diese bei höher, wenn auch feststehendem Kopfe ein, so wurde der Tod, das Verschwinden der Herztöne des Kindes abgewartet und dann perforirt. Ein Verfahren, nicht nur für das Kind tödtlich, sondern auch das Leben der Mutter gefährdend. Nach *Collins* muss man, um die Zange anlegen zu können, die Ohren des Kindes leicht fühlen können und wenn so der Kopf im Beckenausgange lange stand, wurde die Zange angelegt, war das Kind aber wahrscheinlich schon todt, so auch in solchem Falle gleich perforirt. Dabei kann es nicht Wunder nehmen, wenn *Collins* unter 16,414 Geburten nur 11 Mal die Zange und 3 Mal den Hebel anwandte, dabei starben trotzdem von diesen Frauen 4 und 8 Kinder wurden todt geboren, Beweis genug, dass er auch in diesen Fällen zu lange gezögert. 79 Mal dagegen perforirte er, wobei 15 Mütter starben. Unter *Johnston* (*M'Clintock* und *Hardy*'s Bericht) wurde bei 6634 Geburten 52 Mal perforirt, 18 Mal die Zange und 16 Mal der Hebel angewandt. Bei den Perforationsfällen

Digitized by Google

starben 8 Mütter, bei den Zangenoperationen 5 Mütter und 8 Kinder, bei den Hebeloperationen wurden 9 Kinder todt geboren. Diese Zahlen sprechen alle für sich selbst und ausserdem bin ich jeder weiteren Kritik schon deshalb überhoben, weil sich durch die anerkennenswerthen Bemühungen eines *Churchill, Beatty, Shekleton* das Verhältniss gänzlich geändert hat und obige Angaben zur Ehre der Dubliner Schule nur noch historisches Interesse haben.

Die Zange wird, wie alle geburtshülflichen Operationen meist in der linken Seitenlage angelegt, der linke, also untere Löffel zuerst. Das Instrument ist immer noch hauptsächlich die kurze englische Zange ohne Beckenkrümmung. Die Perforation wird immer mit einem scheerenförmigen Perforatorium, niemals mit dem trepanförmigen gemacht, die Extraction meist mit einem Haken, selten mit einer Knochenzange, niemals mit dem Kephalothryptor. Seit *Shekleton*'s Mastership hat man auch die nachlassende Circulation des Kindes, also den abnehmenden Herzschlag unter die Indicationen zur Zangenanlegung aufgenommen. Unter die Bedingungen zur Anlegung gehört nicht mehr, dass man das Ohr fühlen muss, sondern man legt sie auch bei höher stehendem Kopfe an, dies findet aber durch die Kürze der Zange auch schon bald seine Grenze. Hat man Gründe den Tod des Kindes anzunehmen, so hält man noch immer die Perforation für die schonendere Entbindungsweise für die Mutter, was, abgesehen von dem gefährlichen Gebrauche des Hakens, vielleicht auch zu vertheidigen sein dürfte, besonders bei etwas hochstehendem Kopfe und mässigem Grade von Beckenenge. Auf diese Weise wurde nach dem Report von *Johnston* und *Sinclair* unter 13,748 Geburten die Zange 200 Mal angelegt, es wurden 29 Kinder todt zur Welt befördert und 11 Mütter starben. Wie schon angedeutet, hält man bei Beckenenge meist die Zange für contraindicirt, wobei ich bemerken will, dass man überhaupt in Grossbritannien die Lehre am engen Becken auffällig vernachlässigt, ich habe z. B. niemals eine Beckenmessung gesehen oder auch nur erwähnen gehört und ebenso vermisst man sie fast ohne Ausnahme in der Literatur. Es wurde unter *Shekleton* die Craniotomie 130 Mal ausgeführt. Nach den Indicationen, die ich wortgetreu anführe,

Digitized by Google

wegen Deformity, d. h. Beckenenge höheren Grades, 36 Mal, Disproportion, d. h. Beckenenge geringeren Grades, verbunden mit grossem Kopfe des Kindes oder Wehenschwäche 50 Mal, Malposition, d. h. Gesichtslage in diesem Falle, wo das Kind todt war, 1 Mal. Sehr wunderbarer Weise wegen Narben in der Scheide von früheren Geburten her 4 Mal, 3 Mal waren die Kinder schon lange abgestorben, 1 Mal aber trotz wachsender Kopfgeschwulst, wobei nichts anderes als Grund angegeben ist, als: „it was thought more prudent to lessen the head than run the risk of dividing the obstruction." Die übrigen Fälle waren (immer bei schon eingetretenem Tode des Kindes) wegen Rigidität der mütterlichen Genitalien 6 Mal, Apoplexie 1 Mal, „excessiven Herzschlag der Mutter" 1 Mal, Convulsionen 6 Mal, Vorfall der Nabelschnur 11 Mal, Haemorrhagie 3 Mal, Placenta praevia 2 Mal, Ruptura uteri 7 Mal, bei nichtfolgendem Kopfe nach Wendung 2 Mal. Von den Müttern genasen 104, starben mithin 26 oder 1 von 5.

Zufällig ist mir dieser Tage ein Bericht von Dr. *Cronyn*, jetzigem Assistent der Entbindungsanstalt zu Dublin, zu Händen gekommen (Dublin Med. Journal, 1863), aus dem zu ersehen ist, wie jetzt die Zangenanlegung ungefähr gehandhabt wird. Vom 1. Juni 1862 bis 1. April 1863 wurde unter 856 Entbindungen die Zange 26 Mal, also 3 Procent Mal angelegt. In 17 Fällen wurden Mutter und Kind erhalten, ein Mal starb Mutter und Kind, 5 Mütter starben ausserdem und 3 Kinder wurden noch todt geboren. Die Indicationen waren 18 Mal Wehenschwäche, 6 Mal Missverhältniss zwischen Kopf und Becken, 2 Mal Convulsionen.

Von den übrigen geburtshülflichen Operationen ist nichts wesentlich Abweichendes zu bemerken, nur in Bezug auf die Wendung wäre anzuführen, dass sie unter allen Umständen, auch wenn die Füsse rechts liegen, in der linken Seitenlage der Frau ausgeführt wird.

Was die gynäkologische Abtheilung des Dubliner Gebärhauses anlangt, so ist sie, ebenso wie das damit verbundene Ambulatorium, nur unbedeutend, indem sie etwa 8 bis 10 Betten enthält. Eine wunderliche Einrichtung wird bei der Untersuchung der Frauen beobachtet, die einerseits für das grosse Schicklichkeitsgefühl der Engländer spricht, andererseits doch

Digitized by Google

aber etwas zu weit geht und mir einen oft unwillkürlich komischen Eindruck machte. In dem Untersuchungszimmer befindet sich ein brettener Verschlag, hinter den sich alle Studirenden zurückziehen, dann wird die Kranke in das Zimmer geführt, wo sie nur den Master mit seinen Assistenten und höchstens einen oder den anderen Fremden findet. Nachdem sie in die Untersuchungslage, d. h. immer die linke Seitenlage gebracht ist, wird sie von Kopf bis zu Fuss mit einem leinenen Tuche bedeckt, so dass eben nur die Genitalien sichtbar sind. Hierauf giebt die Hebamme den Studirenden ein Zeichen, die leise heranschleichen, während der Master mit der Patientin durch das Tuch verkehrt, als wenn er mit ihr allein im Zimmer wäre; nach geschehener Untersuchung schleichen die Studenten wieder in ihren Versteck und die Kranke wird enthüllt.

Von den Vorgängen auf dieser Abtheilung habe ich nicht gerade viel besonders Hervorzuhebendes gesehen. Eine künstliche Frühgeburt wurde wegen Beckenenge gemacht durch die kalte Douche, ein Caoutchoucschlauch wurde mit Hülfe des Speculums gerade bis an den äusseren Muttermund geführt und dann mit einer einfachen Caoutchoucblase in Verbindung gebracht, die in eine Schaale voll Wasser eintauchte und durch abwechselnden Druck wurde so das Wasser eingetrieben. Zwei oder drei Sitzungen mit diesem einfachen Apparate genügten, um die Geburt in Gang zu bringen.

Gegen Prolapsus uteri wurden vielfach kugelige Kränze angewendet und sehr gerühmt, bei Verlängerung der Vaginalportion auch die Amputation derselben unternommen. Gegen Leucorrhoe wurden Wattetampons in die Scheide gelegt, die mit einer Lösung von 1 Theil Tannin auf 2 Theile Glycerin getränkt waren. Erosionen des Scheidentheiles wurden vielfach mit Argentum nitricum touchirt oder auch mit einer Lösung von Jod in Glycerin bepinselt. Ein Mal wurde der Muttermund bei Dysmenorrhoe blutig erweitert. Im Allgemeinen überwog jedoch die mechanische Behandlung der Uterinleiden doch nicht die medicamentöse in dem Grade wie dies im übrigen Grossbritannien der Fall ist. Von Ovariotomie ist mir während meines Aufenthaltes in Irland kein Fall bekannt geworden, mit Ausnahme eines der mir im Withworthhospital

Digitized by Google

gezeigt wurde, in dem die Frau wegen eines grossen ziemlich festen Tumors in der Bauchhöhle, der für einen Ovarialtumor gehalten wurde, operirt worden war. Nach Eröffnung der Bauchhöhle hatte sich der Tumor als untrennbar fest mit dem Uterus verwachsen gezeigt und nachdem sich verschiedene Hände davon überzeugt, war der Leib wieder geschlossen, die Bauchwunde heilte per primam intentionem, und die Frau war jetzt ganz wohl und munter und hatte nur ausser ihrer Geschwulst noch eine breite Narbe in der Bauchhaut.

Ehe ich diese Schilderung der geburtshülflichen und gynäkologischen Zustände Dublins verlasse, möchte ich noch kurz eines zu meiner Zeit zuerst hervorgetretenen Vorschlages eines Dr. *Wise* in Dublin erwähnen, der in entgegengesetzter Weise als durch den Aderlass direct verändernd auf den Blutkreislauf einzuwirken versucht hat, indem er bei Blutungen des Uterus etc. durch Compression grosser Arterienstämme dem übrigen Körper in specie dem Gehirne eine grössere Menge Blutes zugeführt hat und dadurch, wie er sagt, die Kraft des Herzens vermehrt hat. Er hat nicht nur durch Digitalcompression, sondern auch durch Anlegung von Tourniquets die Möglichkeit dieser Behandlungsweise dargethan. Er hat z. B. beide Arteriae femorales drei Tage hindurch mit Tourniquets ohne Nachtheile bei einem Patienten comprimirt. (Dr. *Wise:* On hemostatic Treatment of cholera, hemorrhage etc. Dublin Quart. Journ., August 1863.)

Edinburgh.

Während in Dublin das Hauptinteresse durch die grosse Gebäranstalt an die Geburtshülfe gefesselt wird und gynäkologische Beobachtungen weniger in den Vordergrund treten, ist dies in Edinburgh umgekehrt der Fall. Hier ist es vor Allen *Simpson*'s Thätigkeit auf gynäkologischem Gebiet, die man mit immer erneutem Interesse zu bewundern hat. Es hiesse nur Allbekanntes herzählen, wollte ich die grossen Verdienste *Simpson*'s um unsere Wissenschaft hier anführen oder seine Grundsätze in der Behandlung der Frauenkrankheiten ausführlich darlegen. Ich kann nur Einiges von dem selbst Gesehenen hier anführen, wenn dadurch auch meine Darstellung sehr aphoristisch werden sollte, von dem ich an-

Digitized by Google

nehmen kann, dass es in Deutschland weniger bekannt oder geübt ist. Zuvor kann ich jedoch nicht unterlassen, meinen tiefgefühltesten Dank Herrn Prof. *Simpson* und seinem Neffen, Herrn Dr. *A. Simpson*, abzustatten, für die überaus grosse Freundlichkeit, mit der ich in ihrem Hause aufgenommen wurde und durch die es mir möglich war, in verhältnissmässig kurzer Zeit so Mannichfaltiges zu sehen.

Die Entbindungsanstalt „Royal maternity" ist ein kleines, finsteres, überaus unsauberes Haus und in keiner Weise einer eingehenderen Betrachtung werth. Nach einem mir vorliegenden Ausweise vom Jahre 1860 betrug die Zahl der im Hause entbundenen Frauen in dem genannten Jahre 273, in der damit verbundenen Poliklinik 272. Für den Unterricht werden diese Fälle insofern verwerthet, als immer einige Studirende als Internisten im Hause die Geburten besorgen. Klinik findet in keiner Weise statt. *Simpson* ist nur Consulting medical officer, ein Ehrenamt, das ihn mit der Anstalt sonst in keinerlei Verbindung erhält. Als Professor an der Universität hält *Simpson* theoretische Vorträge über Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, wobei er ein wahrhaft ausgezeichnetes Privatmuseum, aus seiner reichen Praxis gesammelt und mit Modellen und Instrumenten reichlichst versehen, benutzt. Ausserdem hat er während des Semesters eine Abtheilung von etwa 12 Betten in der Royal Infirmary für Frauenkrankheiten unter seiner Leitung, die er zum klinischen Unterricht verwerthet.

Die geburtshülflichen Grundsätze *Simpson*'s kann ich als bekannt voraussetzen und will daher nur einige Punkte kurz berühren. Im Unterschied von Dublin gebraucht *S.* stets eine lange Zange, die neben der Kopf- auch eine Beckenkrümmung besitzt. In Fällen von Perforation des kindlichen Schädels bedient er sich an Stelle eines Kephalothryptors seines Cranioklast, dessen eine Branche durch die Perforationsöffnung eingeschoben wird, die andere von aussen an den Kopf gelegt, dann das Instrument geschlossen und unter drehenden Bewegungen der kindliche Kopf herausgezogen wird. Das Instrument ist meiner Ansicht nach bei Beckenenge höheren Grades nicht im Stande, den Kephalothryptor zu ersetzen, da man diesen bei weit höherem Kopfstande

Digitized by Google

anzuwenden vermag, als dies bei dem Cranioklast seiner Kürze wegen der Fall ist; ferner kann der Cranioklast dadurch, dass eine seiner Branchen in die Schädelhöhle zu liegen kommt, keinen so energischen Druck auf das gesammte Schädelgewölbe ausüben, wie der Kephalothryptor, den man in verschiedenen Durchmessern anlegt und jedes Mal mit Gewalt zusammenschraubt, während der Cranioklast einfach geschlossen wird. Endlich macht bei nachfolgendem Kopfe die Anlegung des Cranioklast deshalb Schwierigkeit, weil man eine Perforationsöffnung haben muss, in die man das eine Blatt hineinschieben muss, nun ist zwar die Perforation des nachfolgenden Kopfes keineswegs eine Unmöglichkeit, allein sie ist schwierig und bei Anwendung des Kephalothryptors fast immer zu umgehen. Im Uebrigen ist der Cranioklast auch sicherlich besser als sein Ruf in Deutschland (*Hecker*, *Haake*) und für viele Fälle vollständig ausreichend, wie dies die Gypsabgüsse einiger durch denselben zu Tage geförderten Köpfe, die mir *Simpson* gütigst überlassen hat, beweisen. Hier ist durchaus nicht das Schädelgewölbe zertrümmert, sondern hauptsächlich das Hinterhauptsbein so zerbrochen und dislocirt, dass die Verkleinerung des kindlichen Schädels sehr bedeutend ist und trotzdem ist kein Knochensplitter durch die Hautdecken gedrungen. Man muss dabei auch nicht vergessen, dass ja der Kephalothryptor durchaus nicht immer so ausgedehnte Zertrümmerungen bewirkt, wie man sich vorstellt, sondern oft genug die Zertrümmerung eines oder des anderen Scheitelbeins etc. ausreichend ist (*Winckel*). Für die Fälle nun, wo der Cranioklast zur Entwickelung des Kopfes hinreicht, also bei mässiger Beckenenge, bei tiefem Stande und vorliegendem Kopfe hat er einige Vorzüge vor dem Kephalothryptor; ein Mal ist er einfacher anzulegen, dann kann er bei richtiger Anlegung, da er den Schädel von Innen und Aussen fasst, nicht so leicht gleiten, bekanntlich ein grosser Uebelstand des Kephalothryptors. Auf alle Fälle wirkt der Cranioklast mehr nach Art einer *Mesnard*'schen Schädelzange, der gegenüber er die Vortheile hat, dass er leichter zu handhaben und leichter anzulegen ist, indem er aus zwei Blättern besteht, und dass er nicht so leicht ausreisst, wie diese, da die Oberfläche, mit der er fasst, eine

Digitized by Google

grössere, als bei der *Mesnard*'schen Zange ist. Uebrigens habe ich schon oben gesagt, dass der Cranioklast nicht den Kephalothryptor zu ersetzen im Stande ist und ich will noch hinzufügen, dass er meiner Ueberzeugung nach überhaupt zu den entbehrlichen Instrumenten gehört; seine Vertheidigung habe ich nur insofern unternommen, als man nach den in Deutschland damit gemachten Versuchen annehmen könnte, das Instrument sei gänzlich unbrauchbar. Seine Wirkung geht schon aus den vorliegenden Gypsabgüssen hervor. Der eine Kopf ist unmittelbar nach der Geburt abgegossen, dann mit Watte ausgestopft und zu seiner früheren Grösse gebracht und so ebenfalls in Gyps gegossen. Die Durchmesser sind nun folgende: Der kleine Querdurchmesser beim verkleinerten Kopfe $3^1/_2$″, beim wiederhergestellten $3^1/_2$″ der grosse Querdurchmesser beim ersteren 3″, beim letzteren $3^3/_4$″, der kleine Längsdurchmesser $2^3/_4$″ und $4^1/_2$″, der grosse Längsdurchmesser $3^3/_4$″ und $4^3/_4$″.

In Edinburgh wird nach dem Vorgange *Simpson*'s in der Privatpraxis nicht nur bei allen geburtshülflichen Operationen, sondern auch bei allen normalen Entbindungen das Chloroform oft nur unter Aufsicht der Wärterinnen oder Hebammen, ohne irgend welchen schädlichen Einfluss angewendet. Das Chloroform das bei *Duncan* und *Flockhart*, die es zuerst für *Simpson* bereiteten, in grossen Quantitäten fabricirt wird, ist allerdings von einer vorzüglichen Reinheit und gilt als das Beste in Grossbritannien.

Wenn ich nun Einiges von dem mittheilen will, was ich in der reichen ambulanten Praxis theils unter der Leitung von *Simpson* selbst, theils der seines Neffen gesehen habe, so will ich hier gleich hervorheben, dass nichts ungerechter sein kann, als der Vorwurf, den man nicht nur auf dem Continent, sondern auch oft in England hört, die Behandlungsweise *Simpson*'s sei zu einseitig, zu ausschliesslich eine mechanische. Der localen Therapie der Genitalleiden des Weibes, die mit Fug und Recht oft genug in mechanischen Hülfeleistungen besteht, setzt *Simpson* niemals, wenn nöthig, eine allgemeine Behandlung hintenan, und er ist mehr als mancher andere Specialist davon entfernt, bei den verschiedenen Erkrankungen der Frauen irgend welche geringfügige patho-

Digitized by Google

logische Veränderung des Uterus als einzige Krankheitsursache und einziges Heilobject anzusehen.

Was zunächst die neuerdings mit so vielem Glück in England geübte Ovariotomie anlangt, so hat auch *Simpson* kurz vor meiner Ankunft eine grosse einfächerige Ovarialcyste auf diese Weise mit gutem Erfolge entfernt. Trotzdem will er die Ausführung der Operation nur auf wenige besonders günstige Fälle beschränkt wissen, und in der That haben in Edinburgh z. B. *Edwards* und zu meiner Zeit *Keiller* vielfach ungünstige Resultate dabei gehabt.

Ungünstig ist ein Fall von Exstirpation eines Uterus durch Laparotomie wegen eines sehr grossen Fibroids in der letzten Zeit verlaufen, während *Clay* in Manchester kürzlich eine derartige Operation mit vollständig günstigem Erfolge gemacht hat.

Was die Behandlung der Leucorrhoe und der Erosionen am Muttermunde betrifft, so habe ich öfter bei Leucorrhoe mit gleichzeitiger Hyperästhesie der Scheide die Anwendung von Bismuthum carbonicum, pulverisirt in die Scheide gestreut, gesehen, ohne jedoch über die Wirksamkeit bei vorübergehender Beobachtung urtheilen zu können. Dagegen scheint mir eine Behandlungsweise der Erosionen und Leucorrhoe, die *Simpson* schon seit 1848 empfohlen hat und noch stets anwendet, mit Unrecht bei uns wenig oder gar nicht geübt zu werden. Ich meine das Einbringen medicamentöser Pessarien in die Scheide. Es sind dies Kugeln aus Wachs und Fett gebildet, von einer Consistenz, dass sie in der Scheide ganz allmälig zerfliessen, beigemischt sind ihnen nun, je nach Bedürfniss und nach Vorschrift des Arztes, Zink-, Blei-, Jod-, Quecksilberpräparate, oder Alaun, Tannin, Opium, Extr. Belladonnae u. s. f. Die Formeln dazu finden sich in *Simpson*'s Obstetric memoirs, I., p. 98. Diese Pessarien können entschieden dadurch von Nutzen sein, dass die entzündete oder ihres Epithels beraubte Schleimhaut mit dem Arzneistoffe längere Zeit in Berührung ist, als dies z. B. bei Injectionen der Fall ist, die allerdings die Reinlichkeit sehr befördern und insofern zweckmässig sind, deren Wirkung jedoch mit adstringirenden Lösungen wenigstens dann sehr zweifelhaft ist, nach alledem, was ich gesehen habe, wenn nicht jeder der-

Digitized by Google

artigen Injection eine Einspritzung mit reinem Wasser vorausgeht, um die angesammelten Schleim- und Eitermassen zu entfernen, die, wenn dies nicht geschieht, durch die adstringirende Lösung coaguliren und daher die Wirkung auf die entzündete Schleimhaut sehr illusorisch machen. Die beschriebenen Kugeln werden manchmal auch ausgehöhlt und mit Jodtinctur oder Chloroform etc. je nach Umständen gefüllt, dann geschlossen und so eingeführt, um bei dem allmäligen Zerfliessen die Substanzen mit den Scheidenwandungen in Contact zu bringen. Dass bei dieser Anwendungsweise eine Resorption medicamentöser Substanzen zu Stande kommt, beweist der Umstand, dass *A. Simpson* öfter nach dem Gebrauche von solchen Pessarien mit Extr. Belladonnae Erweiterung der Pupillen beobachtet hat. Bei tiefer gehenden Erosionen wendet *Simpson* vielfach Kali causticum in Substanz an, unmittelbar nach der Aetzung neutralisirt er das überschüssige Kali in der bekannten Weise durch Injectionen von Essigwasser. In sehr handlicher Weise und mit sehr gutem Erfolge habe ich in ähnlichen Fällen die Glühhitze anwenden sehen und zwar mittels des *Maisonneuve*'schen Gasbrenners. Dies ist eine Caoutchoucblase, die durch einen Hahn zu verschliessen ist und die man auf jedes Gasrohr aufschrauben kann, hat man sie in der Weise mit Leuchtgas gefüllt, so schraubt man einen Caoutchoucschlauch an, der ebenfalls durch einen Hahn verschliessbar ist und in eine feine Spitze ausläuft. Geöffnet strömt das Gas aus, und man hat so eine portative Flamme, die man durch Druck auf die Caoutchoucblase, die man sich unter den Arm legt, beliebig verstärken kann. Um diese Flamme nun ohne Verbrennungsgefahr in die Scheide einzuführen, ist sie seitlich ringsum von einem feinen Drahtgeflechte umgeben, nach dem Principe der *Davis*'schen Sicherheitslampe. Ich habe mich wiederholt davon überzeugt, dass man durch längere oder kürzere Einwirkung der Flamme beliebig tiefgehende oder oberflächliche Zerstörung der Gewebe verursachen kann. Von sonstigen Erkrankungen der Scheide erwähne ich nur einige Fälle von bedeutender Hyperaesthesie des Scheideneinganges, die bedingt waren durch einzelne vollständig von einander getrennte Flecke von Linsengrösse, die lebhaft injicirt waren, so dass der Scheideneingang ein

Digitized by Google

gesprenkeltes Aussehen darbot; nur diese vascularisirten Flecke, die nicht das Niveau der Schleimhaut überragten, waren bei Berührung empfindlich; durch Cauterisation mit Argent. nitr. wurde der Zustand gehoben.

Unter den Gebärmutterkrankheiten, die während meines Aufenthaltes zur Beobachtung kamen, befand sich ein Fall von Amenorrhoe in Folge zu starker Rückbildung des Uterus nach einer Entbindung. Der Uterus war sehr klein durch die Sonde nachweisbar, ebenso die Vaginalportion bei der Untersuchung ein dünner, fester und kleiner Zapfen. Die Frau war früher regelmässig menstruirt gewesen und seit ihrer Entbindung vor Monaten nicht mehr. *Simpson* hat schon früher auf derartige Fälle aufmerksam gemacht; ich sah im Museum des College of Surgeons in Edinburgh das Präparat eines derartigen Falles, wo der Uterus nach einer normalen Entbindung sich so verkleinert hatte, dass er ganz das Aussehen eines atrophirten Uterus einer Greisin hatte, er war etwa $^3/_4$ Zoll lang. In dem erwähnten Falle wandte *A. Simpson* eine Mischung von Oel und Chloroform in der oben beschriebenen Weise in eine Kugel eingeschlossen an; das Chloroform sollte hier wohl einen localen Reiz auf den Uterus ausüben. Um einen Erfolg beobachten zu können, wäre eine monatelange Beobachtung nöthig gewesen.

Bei Lageveränderungen des Uterus habe ich in wenigstens zwölf verschiedenen Fällen mich von der häufigen Unschädlichkeit der Intrauterinpessarien zu überzeugen Gelegenheit gehabt, entzündliche Zustände, Schmerzen etc., die ich doch sonst, wenn auch selten, danach beobachtet habe, will *Simpson* fast nie gesehen haben. Seine Intrauterinpessarien sind sehr leicht, indem sie klein und von Kupferblech hohl verfertigt sind.

Sonst gebraucht *Simpson* bei Lageveränderungen des Uterus, besonders bei Senkungen und Versionen, in sehr ausgedehnter Weise Caoutchoucringe, die er sich je nach Bedürfniss leicht aus Caoutchouc verfertigt; sie haben die verschiedensten Formen und wirken wie die in England neuerdings vielfach gebrauchten *Hodge*'schen Hebelpessarien, indem sie durch Hebelwirkung die Vaginalportion je nach ihrer Anwendung nach hinten oder nach vorn drängen. Dadurch wird der Uterus aufgerichtet und findet zu gleicher Zeit eine Stütze.

Digitized by Google

Bei Prolapsus der Blase und Scheide nutzen sie auch, während sie bei Prolapsus uteri nicht ausreichend sind. Die erwähnten Hebelpessarien haben meist eine doppelte Krümmung, und so ist ihre Hebelwirkung noch stärker, als die nur nach einer Seite gekrümmten *Simpson*'schen.

Ein grosser Vorzug dieser Ringe ist der, dass sie äusserst reinlich, in keiner Weise belästigen und leicht einzuführen sind. Man muss sie allerdings wo möglich für jeden Fall formen, was mit den käuflichen eleganteren nicht möglich ist, oder eine grosse Auswahl haben, denn sobald eine derartige Vorrichtung zu gross ist, schmerzt sie, ist sie zu klein, fällt sie leicht aus der Scheide heraus. *G. Braun* in Wien hat die *Hodge*'schen Pessarien neuerdings vielfach erprobt und auch sehr zweckmässig befunden. Für diese Behandlung mit Ringen, die also *Simpson* und *C. Mayer* schon lange üben, ist es interessant, dass mir *Simpson* sagte, ursprünglich sei dies die Erfindung einer Dame seiner Praxis. Gewiss ein Beweis, dass diese Ringe für die Patientinnen grosse Erleichterung gewähren.

Zu therapeutischen Zwecken wird von *Simpson* die Erweiterung des Cervicalcanals stets mit seinem bekannten dazu construirten einfachen Messer vorgenommen, dagegen erweitert er zu diagnostischen Zwecken stets den Cervicalcanal mit Pressschwamm oder vielmehr jetzt mit Kegeln aus dem gewöhnlichen Seetang gefertigt. Dr. *Sloane* und *Wilson* in Glasgow haben zuerst den getrockneten Seetang (Laminaria digitata) zu diesem Zwecke angewandt. Diese Pflanze quillt nämlich getrocknet, in Feuchtigkeit sehr bedeutend wieder auf und die daraus verfertigten Kegel haben vor dem Pressschwamme die grossen Vorzüge, dass sie einmal sehr leicht vom Arzte selbst zu verfertigen sind, dass sie bei der Einführung nicht bröckeln und vor allen Dingen, dass dabei keinerlei Unreinlichkeit vorkommt, die den Gebrauch des Pressschwammes so sehr unangenehm macht, in dessen Poren die Absonderungen der Scheide etc. sich so ungemein schnell zersetzen. Diese Seetangdilatatorien sind übrigens in allerneuester Zeit durch *C. Braun* auch in Deutschland eingeführt.

Dieselben kommen in Edinburgh jetzt in allen Fällen von Uterinblutungen etc., deren Ursache nicht zu eruiren,

Digitized by Google

in Anwendung und führen oft zur Entdeckung von intrauterinen Polypen u. s. f., ebenso dienen sie als Vorbereitung für die Entfernung von Tumoren, deren Stiel höher hinauf im Uterus sitzt. Einen Fall von hartnäckigen und erschöpfenden Uterinblutungen hatte ich Gelegenheit, zu beobachten; nach Erweiterung des inneren Muttermundes durch ein Seetangdilatatorium konnte man bequem mit dem Finger in die Uterushöhle eindringen und fühlte die ganze Schleimhaut derselben bedeutend geschwellt und mit zahlreichen, von stecknadelknopf- bis linsengrossen Excrescenzen besetzt, die entschieden die Ursache der Blutungen waren. *A. Simpson* führte ein Instrument in den Uterus ein, das die Gestalt eines bedeutend vergrösserten Ohrlöffels hatte und dessen Ränder ziemlich scharf waren. Hiermit schabte er durch einige drehende Bewegungen die Wucherungen der Schleimhaut leicht ab und beförderte sie heraus. Bei der Operation, die in der ambulanten Klinik vorgenommen wurde, verlor Patientin wenig Blut und war bald im Stande, nach Hause zu gehen. Nach einigen Tagen stellte sie sich wieder ein, ohne dass irgend welche Reaction eingetreten wäre. In ähnlichen Fällen derart, wo jedoch keine Excrescenzen, sondern nur eine allgemeine Hypertrophie der Schleimhaut vorhanden ist, genügt meist die Aetzung der inneren Fläche des Uterus mit Argentum nitricum in Substanz, oder eine Bepinselung mit Liquor ferri, stets nachdem die Uterushöhle in der beschriebenen Weise zugängig gemacht ist. Grössere Polypen werden immer mit dem Ecraseur entfernt und die Frauen begeben sich ebenfalls direct nach der Operation in ihre Wohnung.

In Fällen von besonderer Hyperaesthesie des Uterus und der Scheide habe ich mit Erfolg die Anwendung der localen Anaesthesirung durch Kohlensäure gesehen. Eine gewöhnliche Gasentwickelungsflasche wird dazu benutzt und die aus einer einfachen Brausemischung von Natron bicarbonicum und Acidum tartaricum oder dergl. sich entwickelnde Kohlensäure durch einen Gummischlauch in die Vagina geleitet. Bei Coccygodynie reicht dies jedoch nicht aus und hier macht *Simpson* die subcutane Durchschneidung der sehnigen Verbindungen des Steissbeins mit Erfolg, ein Mal hat er bekanntermaassen das ganze Steissbein resecirt.

Digitized by Google

Es ist vielleicht nicht überflüssig, noch hinzuzufügen, dass alle oben angeführten Untersuchungen und Operationen in der linken Seitenlage der Frau auf einem Ruhebette vorgenommen wurden und dass mit nur wenigen Ausnahmen nicht einmal eine Entblössung der Frau dabei stattfand.

Zum Schlusse will ich noch eine sehr interessante Section erwähnen, die ich mit *A. Simpson* in Prof. *Simpson's* Privatpraxis in Leith, der Hafenstadt Edinburgh's, mitzumachen Gelegenheit hatte. Es betraf dies eine verheirathete Frau von etwa 40—50 Jahren, die niemals geboren hatte. In der Pleura- und Peritonäalhöhle fanden wir viel Flüssigkeit. Die Schenkel waren bedeutend ödematös. An den Nieren war beiderseits die Corticalis sehr schmal, die Kapsel adhärent, die Oberfläche zeigte ein granulirtes Aussehen. Leber war etwas vergrössert, fetthaltig. Die Milz zeigte eine Färbung und einen Glanz wie bei amyloider Entartung, doch war keine deutliche, dahin deutende Reaction wahrzunehmen. Der Mastdarm war enorm erweitert, bis 4—5 fingerbreit über der Analöffnung, wo er eng wurde. Bis zu dieser Stelle war seine Schleimhaut in grossen Fetzen abgelöst und mit Geschwüren in verschiedenen Stadien besetzt. Die Ovarien waren ganz kleine steinharte, geschrumpfte Körperchen. Die Tuben waren am Peritonäalüberzuge des Beckens adhärent. Der Uterus fehlte vollständig, an seiner Stelle verliefen zwei ganz dünne schmale Stränge von glatten Muskelfasern, ohne sich zu vereinigen, in einer kurzen Peritonäalfalte, die den kleinen und tiefen *Douglas'*schen Raum von der unmittelbar davor liegenden Harnblase trennte. Nur linkerseits konnten wir die Andeutung eines Ligament. rotund. finden. Die Scheide bildete einen engen, nur für den kleinen Finger zugängigen Canal von etwa 1 Zoll Länge, der blind endigte, nachdem er sich bis zu Rabenfederdicke verengt hatte. Die äusseren Genitalien waren ganz normal, jedoch nur mit äusserst wenig Schamhaaren besetzt. Die Brüste waren so gut wie gar nicht entwickelt, indem sie ganz dem männlichen Habitus entsprachen.

London.

Bei den in jeder Beziehung colossalen Verhältnissen Londons ist es unmöglich, eine vollständige Uebersicht über

Digitized by Google

alle Anstalten und Einrichtungen, die mit der Geburtshülfe und Gynäkologie in Verbindung stehen, zu geben. Indem ich von Anfang an auf Vollständigkeit verzichte, kann ich nur das schildern, was ich gesehen habe. Da die Gebäranstalten Londons schon wiederholt beschrieben sind und sich in ihren Einrichtungen u. s. w. wenig geändert hat, führe ich sie nur in aller Kürze an.

Das British Lying-in Hospital wurde 1749 gegründet, 1849 ist es in ein neues Gebäude, Endell Street, Long Acre, verlegt. Wie alle englische Gebärhäuser macht es mit seiner Stille, seiner Kleinheit, der Reinlichkeit und dem Comfort, der darin herrscht, weder äusserlich noch im Innern den Eindruck eines Krankenhauses. Die grosse Reinlichkeit, verbunden mit sehr guter Ventilation — die Luft dringt unter den Fenstern direct von aussen ein, die auf den Corridor mündenden Thüren sind durchlöchert — und der grosse Belegraum machen das Haus überaus gesund. Es ist auf 40 Betten eingerichtet, dieselben sind aber schon aus Mangel an Geldmitteln niemals alle belegt; dazu kommen noch die grossen Schwierigkeiten, die nach den Statuten die Aufnahme hat. Wöchentlich ein Mal versammelt sich der von den Governors gewählte Verwaltungsausschuss, um die Meldungen zur Aufnahme entgegenzunehmen; es ist dazu ein Empfehlungsbrief von einem Governor nöthig und der Nachweis, dass die Frau verheirathet ist. Es werden durchschnittlich 150 Frauen jährlich entbunden. Die Entbindung leitet die in der Anstalt wohnende Hebamme, die zugleich einen grossen Theil der Verwaltung zu besorgen hat. Zwei Aerzte (den Consulting Surgeon, ein Ehrenposten, ausgenommen), Dr. *Grailly Hewitt* und Dr. *Murray*, haben die ärztliche Leitung; sie wohnen ziemlich entfernt und werden nöthigenfalls von der Hebamme gerufen; sonst machen sie nur drei Mal wöchentlich Visite. Schüler und Schülerinnen, im Ganzen vier, dürfen in die Anstalt aufgenommen werden, es sind jedoch fast nie welche vorhanden. Werden die Entbundenen entlassen, so bekommen sie die unvermeidlichen Dankschreiben für Gott und den Governor mit auf den Heimweg.

Mit der Anstalt ist auch eine Poliklinik verbunden, durch die etwa 300 arme Frauen in ihrer Behausung entbunden

Digitized by Google

werden. Dieselben müssen sich mit einem Empfehlungsbriefe bei dem dirigirenden Arzte der Poliklinik, meinem Freunde Dr. *Eastlake*, melden, wobei von ihrer Verheirathung abgesehen wird, erhalten dann einen Schein mit Angabe der Hebamme, an die sie sich zu wenden haben, bei Eintritt der Geburt. Diese sendet, wenn nöthig, zum Arzte, sonst besorgt sie die Entbindung selbstständig. Es sind dazu mehrere Hebammen in der Umgebung der Anstalt engagirt, die für jede Entbindung 5 Sh. (1 Thlr. 20 Sgr.) erhalten. Die Wohnungen der sich meldenden Frauen dürfen übrigens nicht zu entfernt von der Gegend der Anstalt sein. Die Aerzte des Hospitals sind übrigens nicht nur unbesoldet, sondern müssen noch, um Stimmrecht zu haben, den Beitrag von 2 Pd. St. jährlich als Governor zahlen.

Das Queen Charlotte's Lying-in Hospital Marylebone Road ist gegründet 1752 und sehr freundlich umgebaut im Jahre 1856. Ebensowie das vorhergehende zeichnet es sich durch grosse Reinlichkeit und Eleganz der Zimmer und Corridore aus. Der Belegraum ist ebenfalls gross und es findet ein regelmässiger Turnus in der Benutzung der Wochenzimmer statt. Jedes Zimmer bekommt von aussen her und von dem Corridor fortdauernd frische Luft. Im Hause werden jährlich 350 Frauen, in der damit verbundenen Poliklinik gegen 400 unentgeldlich entbunden. Im Hause selbst werden auch Unverheirathete entbunden, allein für sie ist eine besondere Etage, getrennt von den Verheiratheten, vorhanden (!). Eine Hebamme besorgt die Entbindungen und Geschäfte des Hauses; augenblicklich waren drei Hebammenschülerinnen in der Anstalt. Aerzte sind in ähnlicher Weise wie bei dem vorigen Hospital angestellt, die Herren *Blakely Brown* und *Mackenzie*.

Ganz ähnlich hinsichtlich der Grösse, Einrichtung und Verwaltung sind die beiden anderen Gebärhäuser Londons, das City of London Lying-in Hospital, Old Street, City Road, wo 400 bis 500 Frauen jährlich entbunden werden und *Conquest* Arzt ist, ferner das General Lying-in Hospital, York Road, Lambeth mit 300 Geburten im Hause und 570 ausser demselben.

Ausser diesen Entbindungsanstalten besteht nun noch eine grosse poliklinische Anstalt, um Frauen in ihren Wohnungen

Digitized by Google

unentgeldlich unter Beistand von Hebammen zu entbinden, die Royal Maternity Charity Chatham Place Blackfriars. Es werden von dieser Anstalt aus, die ein jährliches Einkommen von 1822 Pf. St. durch milde Beiträge hat, jährlich 3540 bis 3900 Frauen entbunden. Als Aerzte, die von den Hebammen wenn nöthig herbeigerufen werden, fungiren die Herren *Blundell, Davis, Barnes, Braxton-Hicks.*

Ausser dieser grossen geburtshülflichen Poliklinik giebt es eine sehr grosse Anzahl derartiger Einrichtungen in kleinerem Maassstabe, indem in den verschiedensten Stadttheilen Londons aus freiwilligen Beiträgen sogenannte Dispensaries unterhalten werden, durch die Kranke aller Art freie Arznei und Behandlung erhalten, und Frauen ebenfalls von dazu engagirten Hebammen in ihren Wohnungen entbunden werden.

Alle diese Einrichtungen sind jedoch, wie hervorgehoben, gar nicht für den Unterricht bestimmt, daher ist mit allen den Hospitälern, die zugleich eine vollständige medicinische Schule bilden und deren sind in London 11, eine geburtshülfliche Poliklinik für den Unterricht der Studirenden verbunden. Die Zahl der Geburten ist bei manchen dieser Anstalten recht bedeutend; so kommen in der geburtshülflichen Poliklinik des *Bartholomew's* Hospitals jährlich ungefähr 1000 Geburten zur Behandlung, bei London Hospital 630, bei Middlesex Hospital 850, *St. Mary's* Hospital 300, *Guy's* Hospital 1500 u. s. f.

Bevor ich die gynäkologischen Abtheilungen der verschiedenen Hospitäler einzeln bespreche, will ich alles die Ovariotomie Betreffende übersichtlicher zusammenfassen. Es kann durchaus nicht in meiner Absicht liegen, eine Statistik der bis jetzt unternommenen Ovariotomieen zu geben, nachdem dies von *Clay, Fock, Simon* und zuletzt von *Gurlt* in so vollständiger Weise geschehen ist. Die Operation als solche bedarf auch durchaus keiner Rechtfertigung mehr durch statistische Nachweise, sondern sie ist ohne allen Zweifel durch die Beharrlichkeit und den Eifer der englischen Chirurgen unter die wichtigsten und segensreichsten Operationen aufgenommen, indem durch sie ein bis dahin fast unheilbares unter grossen Leiden zum sicheren Tode führendes Uebel

Digitized by Google

in der Mehrzahl der Fälle zu vollständiger und dauernder Genesung gebracht wird.

Dass diese Operation trotz alledem bei uns noch keinen erneuten Aufschwung genommen hat, liegt wohl hauptsächlich in den bisher so überaus ungünstigen Erfolgen derselben in Deutschland. Dabei muss jedoch hervorgehoben werden, dass sowohl in England überhaupt als besonders bei den einzelnen Operateuren mit der zunehmenden Zahl der Fälle die Resultate immer günstiger werden und dann, dass bei uns noch viel zu wenig auf die äusseren Verhältnisse u. s. w., wie wir dies nachher sehen werden, Rücksicht genommen wird. Endlich möchte ich nach meinen persönlichen Erfahrungen die Ansicht aussprechen, dass der Hydrops ovarii in Grossbritannien ungleich häufiger sein muss, als bei uns, denn niemals, weder in Berlin noch in Krankenhäusern anderer continentaler Städte habe ich so viele mit grossen Tumoren der Ovarien behaftete Frauen gesehen, wie gerade in Grossbritannien; ich sehe dabei ganz von den Fällen ab, die in den Anstalten vorkamen, die unter Leitung von Männern, wie *Spencer Wells, Baker Brown, Tyler Smith* etc., kurz denen, die hauptsächlich die Ovariotomie ausüben, stehen, denn zu diesen, kann man glauben, eilen aus allen Gegenden derartige Kranke herbei; nein, fast in allen Hospitälern, Polikliniken u. s. w., die ich besuchte, wo nie die Ovariotomie geübt ist, sah ich derartig Leidende oft in grosser Zahl.

Ueber die Art und Weise, wie die Operation sich speciell in Amerika und England allmälig Bahn gebrochen hat, giebt *Spencer Wells* [1]) sehr interessante Data. Man findet überall, dass *L'Aumonier* von Rouen 1776 die erste Ovariotomie gemacht habe, allein er öffnete bei einer Frau sechs oder sieben Wochen nach der Entbindung einen Beckenabscess über dem *Poupart*'schen Band, wobei er das Ovarium ohne Noth und ohne eine Ahnung davon zu haben, entfernt zu haben scheint (Mémoires de la Société Royale de Médecine, 1782). Der manchmal citirte Fall von *Dzondi*, der einen Becken-

1) On the history and progress of ovariotomy in Great Britain. Medico Chirurgical Transactions, Vol. XLVI.

Digitized by Google

tumor durch die Bauchdecken entfernte, betraf einen Knaben von 12 Jahren. Unzweifelhaft die erste Ovariotomie hat ein Dr. *Mc'Dowell* in Kentucky im Jahre 1809 gemacht, die betreffende Frau genas und lebte bis 1841. Bis zu seinem Tode 1830, hat *Mc'Dowell* die Operation 13 Mal gemacht mit wenigstens acht Heilungen. *Lizars* in Edinburgh und *Granville* in London operirten 1823 bis 1827 sechs Mal, allein die Ovariotomie musste durch diese Fälle, in denen das Abdomen vom Sternum bis zu der Symphyse geöffnet wurde, in Misscredit kommen, denn in drei davon fand sich gar kein erkranktes Ovarium, sondern Uterusgeschwülste, ein Mal sogar einfache Tympanites des Leibes; ein Mal musste die Operation aufgegeben werden wegen zu fester Adhäsionen und von den zwei Fällen, wo sie wirklich zur Ausführung kam, genas nur eine. Erst 1836 unternahm *Jeaffreson* wieder eine derartige Operation, die Frau genas und lebte noch 1859 und hat nach der Operation einen Knaben und drei Mädchen geboren. Es folgen sich nun viele vereinzelte Fälle, bald mit günstigem, bald mit ungünstigem Erfolge (*Crisp* operirte z. B. 1838 eine Frau, die 15 Jahre nachher in bester Gesundheit lebte) bis zum Jahre 1842, wo *Clay* in Manchester seine lange Reihe von grossen Erfolgen gekrönter Operationen begann, ihm gebührt auch vor Allem das Verdienst, dieser Operation das Bürgerrecht in der Chirurgie verschafft zu haben, da er unbeirrt von Einwänden, ungünstigen Erfolgen Anderer u. s. w., auf dem ein Mal betretenen Wege ausharrte. In der allerneuesten Zeit hat nun allerdings die Operation den Hauptaufschwung durch *Spencer Wells*, *Baker Brown* u. s. w. bekommen.

Clay hat im Ganzen die Ovariotomie 104 Mal gemacht (Obstetrical Transactions, 1863, Jahrg. V., und Lancet, April 1863), davon genasen 72 Frauen, 32 starben.

Baker Brown hat von 1851 bis April 1862 (die weiteren Fälle sind meines Wissens noch nicht publicirt) 42 Mal die Ovariotomie ausgeführt, davon verliefen 20 unglücklich, 22 glücklich, jedoch ist ein bedeutender Unterschied zwischen den ersten und letzten Operationen: von den 22 zuletzt in Surgical House gemachten Operationen waren allein 15 von gutem Erfolge.

Digitized by Google

Spencer Wells hat seit dem Jahre 1858 die Operation bis zum Jahre 1863 (*Courty*, Excursion chirurgicale en Angleterre, Montpellier 1863) 70 Mal gemacht, darunter nur 22 Mal mit unglücklichem Ausgange. Bemerkenswerth ist auch, dass von seinen 50 ersten Operationen 33 geheilt wurden und 17 mit dem Tode endeten, während von den 20 letzten nur 5 unglücklich verliefen. Hierzu kommen nun noch 8 neuerdings von ihm veröffentlichte Fälle (Med. Times, 1863, 560—62, 585—87) mit 5 glücklichen und 3 unglücklichen Resultaten. Im Samaritan Hospital allein hat *Wells* die Ovariotomie 45 Mal gemacht, 31 Mal mit glücklichem, 14 Mal mit unglücklichem Ausgange.

Tyler Smith hat seit 1860 20 Mal operirt, wobei 16 Frauen vollständig genasen und 4 starben, davon 1 drei Wochen nach der glücklich verlaufenen Operation an Bronchitis.

Bryant in *Guy*'s Hospital hat unter 10 Ovariotomieen 6 Heilungen aufzuweisen.

Bevor ich ausführlicher über die Operationsweisen referire, will ich kurz zwei Fälle von Ovariotomie schildern, die ich gesehen habe. Die erste wurde in Samaritan-Hospital von *Spencer Wells* ausgeführt. Es betraf dies eine Frau von 35 Jahren, bei der eine Ovarialcyste seit 1 Jahr 10 Monaten bestand; sie war zwei Monate nach einer im November 1862 stattgefundenen Entbindung aufgetreten und war während 17 Monaten fünf Mal punctirt worden; bei der letzten Punction am 10. August waren 22 Pinten dickflüssiger Masse entleert worden. Jetzt, am 9. October, betrug der Umfang in der Nabelhöhe gemessen $47^1/_2''$, die Entfernung vom Sternalende bis zur Symphyse $25''$, zwischen den Spinae $31''$. Es war deutlich ein neben der Cyste bestehender Ascites nachzuweisen. Uterus war normal. Die Kranke wurde in dem geräumigen gewärmten Zimmer, das sie als Krankenzimmer behielt, auf einem hohen und festen Operationstische gelagert. Sie war vollständig in Flanell gekleidet, so dass von dem Leibe nur ein verhältnissmässig schmaler Streifen für das Operationsfeld frei war. Ausserdem waren die Beine und der Leib von einer grossen tief herunterhängenden Guttapercha-Decke verhüllt, die an der Stelle, wo der Leib geöffnet werden sollte,

Digitized by Google

einen entsprechend grossen Ausschnitt hatte, dessen Ränder mit Gummi auf den Bauchdecken befestigt waren, so war die Kranke nicht nur vor jeder Erkältung überhaupt, sondern auch besonders vor jeder Durchnässung geschützt, indem die sich aus der Bauchhöhle entleerenden Flüssigkeiten über die Decke weg zur Erde flossen. Die Kranke wurde chloroformirt, indem ihr ein über Draht gespanntes Stück Gaze, auf das Chloroform geträufelt wurde, über Mund und Nase gehalten wurde. Dann machte der Operateur zur rechten stehend eine Incision in der Linea alba von etwa 5″, die später bis auf 7″ Länge erweitert wurde. Das Peritonäum wurde nach oben und nach unten auf einem Spatel gespalten, und es entleerte sich dabei eine ziemliche Quantität Flüssigkeit aus der Bauchhöhle. Die sich nun in der Wunde etwas hervordrängende Cyste war vielfächerig und hatte sehr dünne Wandungen. Ein starker Troikart wurde eingestossen, der mit einem bis auf die Erde reichenden in ein Gefäss führenden Gummischlauch in Verbindung war, ausserdem war an dem Troikart gleichzeitig eine Vorrichtung angebracht, um die Cyste zu fassen, da diese aber, wie gesagt, ziemlich dünnwandig war, riss er aus und die dicke honigartige Flüssigkeit lief theils durch den Gummischlauch, theils frei nach aussen ab, ohne in die Bauchhöhle zu gelangen. *Spencer Wells* ging nun, ohne nach aussen zu zerren oder von oben drücken zu lassen, in die vorliegende Cyste mit der Hand ein und durchbohrte die Wandungen der anderen Cysten, so dass der Tumor sich immer mehr und mehr verkleinerte und so allmälig zur Bauchwunde leicht heraustrat. Das Omentum war fast in seiner ganzen Ausdehnung mit der Oberfläche der Geschwulst verwachsen, doch liessen sich die Adhäsionen leicht mit der Hand trennen. Nachdem der nicht sehr lange Stiel zum Vorschein gekommen war, wurde eine in der Fläche gekrümmte Klammer um denselben gelegt, zugeschraubt und dann die Geschwulst ziemlich dicht über der Klammer abgeschnitten. Nun wurde das ganze Omentum nach aussen auf den Leib der Frau gelagert und sorgfältig nach blutenden Gefässen untersucht. Da es bei der Trennung vom Tumor an einzelnen Stellen etwas zerrissen war, wurden mit der Scheere einzelne Fetzen abgeschnitten und dann fünf blutende

Digitized by Google

Gefässe in demselben mit seidenen Ligaturen unterbunden und die Fäden ganz kurz abgeschnitten. Hierauf wurde mit den feinsten neuen, vorher in warmes Wasser getauchten Schwämmen die Bauchhöhle auf's sorgfältigste gereinigt, das Omentum zurückgeschoben; die „Toilette des Peritonäums" war vollendet. Die Bauchwunde wurde nun durch fünf tiefe das Peritonäum mitfassende und drei oberflächliche Suturen geschlossen. Der Stiel kam mit der Klammer in den unteren Wundwinkel zu liegen. Hierauf wurden die Wundränder noch durch Pflasterstreifen einander genähert und der ganze Leib mit einer Flanellbinde umwickelt. Die Operirte, die noch ziemlich betäubt war, wurde in das erwärmte Bett gelegt, ausserdem an ihre Seiten und an die Füsse Caoutchouckissen mit warmem Wasser gefüllt, gelegt. Das Zimmer wurde dann dunkel gemacht und die Patientin der Ruhe überlassen unter Obhut einer eigenen Wärterin. Als ich die Operirte nach einigen Tagen wieder sah, war sie sehr wohl, vollständig fieberfrei, der Leib war nicht aufgetrieben, Druck auf denselben verursachte keine Schmerzen. Am vierten Tage waren die Suturen und die Klammer entfernt worden. Schmerzen in der rechten Hüfte und einige Reizbarkeit der Blase verschwanden, nachdem sich am neunten Tage etwas Eiter aus dem unteren Wundwinkel entleert hatte. Von da an schritt die Heilung ohne Störung weiter, Medicamente wurden gar nicht verabfolgt, und am 4. November verliess die Frau geheilt die Anstalt. Den letzten Nachrichten nach war sie am 5. December in bestem Wohlsein in ihrer Häuslichkeit.

Einen anderen Fall sah ich in *Guy's* Hospital auf der Abtheilung der Dr. *Oldham* und *Braxton Hicks*, wo die Ovariotomie von *Bryant* ausgeführt wurde. Lagerung der Kranken, Hautschnitt u. s. w. wurde in derselben Weise, wie oben beschrieben, gemacht. Die Fascien und das Peritonäum auf einem Conductor gespalten, wobei sich aus der Bauchhöhle eine geringe Menge klarer Flüssigkeit entleerte. Durch den Troikart wurde der Inhalt der nicht sehr grossen vielfächerigen Cyste entleert. Dann mit der Hand und einer Hakenzange die Geschwulst allmälig hervorgezogen, wobei besonders darauf geachtet wurde, dass keine Flüssigkeit in die Bauchhöhle drang und die Därme nicht vorfielen. Adhäsionen

Digitized by Google

waren gar nicht vorhanden. Sehr schön konnte man die langgestreckte Tuba über den ganzen Tumor verlaufen sehen. Der ziemlich lange und dicke Stiel wurde an seinem, dem Uterus zunächst liegenden Ende mit einer geraden Klammer gefasst und der ganze Stiel mit einem beträchtlichen Stücke der Cyste im unteren Wundwinkel, nach aussen hängend, gelagert. Die Bauchwunde wurde mit mehreren oberflächlichen und tiefen Silberdrahtsnaturen geschlossen. Die Nachbehandlung besteht in Darreichung von Eisstückchen bei Brechneigung, Suppositorien mit Opium und dem Genuss von Milch und Wein bis zu 6 Unzen. Meiner baldigen Abreise wegen konnte ich diesen Fall nicht weiter verfolgen. Ich sah noch zwei Frauen, bei denen *Bryant* kürzlich die Ovariotomie gemacht hatte; in dem einen Falle vor vier Wochen bei einem 17jährigen Mädchen; er hatte keine Klammer angewendet, sondern den Stiel einfach unterbunden und mit einem grossen Theile des Omentum in dem unteren Wundwinkel nach aussen gelagert. Stiel und Omentum waren längst abgefallen, die Wunde sehr schön vernarbt, nur noch im unteren Wundwinkel etwas granulirend. Das Mädchen war blühend und gesund, hatte schon wenige Tage nach der Operation menstruirt. Eine andere Frau, vor acht Tagen operirt, befand sich ebenfalls ganz vollständig wohl und hatte nicht die geringste Reaction gezeigt. Der Stiel war jedoch noch nicht abgefallen und roch sehr schlecht.

Was nun die Operation der Ovariotomie im Allgemeinen anlangt, so ist man nicht nur in England, sondern wohl überall der Ueberzeugung, dass zu Erreichung so günstiger Resultate, wie in Grossbritannien, hauptsächlich die verbesserte Diagnose der Ovarial- und sonstiger Tumoren der Bauchhöhle beigetragen hat. Während früher, wie wir gesehen, die gröbsten Fehler in der Diagnose gemacht wurden und mit dadurch die Operation in Misscredit gekommen ist, ist dergleichen in den letzten Jahren gar nicht mehr vorgekommen; dagegen sind immer noch die Fälle nicht so ganz selten, wo eine Ovariotomie wegen zu fester Adhäsionen nicht vollendet werden kann. Daher ist man mehr und mehr bemüht gewesen, Momente auffindig zu machen, die das Vorhandensein fester Adhäsionen wahrscheinlich machen. Leider hat man bis jetzt

Digitized by Google

wenig oder gar keine sichere Zeichen für dergleichen Adhäsionen gefunden. Alles, worauf man bis jetzt sein Augenmerk gerichtet hat, kann eigentlich nur die Adhäsionen des Tumors mit der vorderen Bauchwand beweisen, weit schlimmer in ihren Folgen sind aber die Adhäsionen mit den Eingeweiden des Unterleibes. In Rücksicht hierauf hat man hervorgehoben, dass bei Verwachsung des Tumors mit dem Uterus oder bei sehr kurzem Stiel der Uterus bedeutend in die Höhe gezogen wird. Die Beweglichkeit des Tumors in der Bauchhöhle, die leichte Verschiebung der Bauchdecken über demselben ohne alles knisternde Geräusch; der Umstand, dass der Tumor mit den In- und Exspirationen seinen Standpunkt ändert, sind als Beweise gegen das Vorhandensein von Adhäsionen angeführt, die aber keineswegs untrügliche Beweise sind. Ebensowenig wie der Umstand, dass beim Anziehen der Schenkel gegen den Leib in horizontaler Lage die Recti nicht hervortreten sollen, wenn der Tumor mit den Bauchwandungen verwachsen ist. Die Punction, die schon an sich ein gutes diagnostisches Hülfsmittel für die Ovarialcysten überhaupt und dafür, ob sie ein- oder vielfächerig sind, bietet manchmal auch für die Adhäsionen ein Erkennungsmittel, wenn nämlich bei Entleerung der Cyste dieselbe doch an einer oder an mehreren Stellen ihre Lage gar nicht verändert.

In Bezug auf die Erfolge der Operation stimmen alle Operateure dahin überein, dass die gesunde, luftige Lage des Krankenzimmers die Hauptsache ist, dass grosse Hospitäler absolut untauglich zur Ausführung der Ovariotomie sind. Hiervon sind die englischen Aerzte so durchdrungen, dass wenn in einem grossen Hospitale die Operation ausgeübt werden soll, sie wie in *Guy*'s und *Bartholomew*'s Hospital eigene Abtheilungen dazu herrichten, die in frei stehenden, womöglich sonst mit dem Hospitale in keiner Verbindung stehenden Gebäuden eingerichtet werden. Für jede Operirte ist ein eigenes sehr geräumiges zweifenstriges auf das beste ventilirtes Zimmer nöthig, in dem sie auch gleich operirt wird und das dann durch Kaminfeuer immer erwärmt gehalten wird. Ausserdem bekommt jede Operirte ihre eigene Wärterin, die sie Tag und Nacht nicht verlassen darf. Bei der Operation

Digitized by Google

selbst werden stets so wenig Personen als möglich zugelassen und niemals solche, die etwa kurz vorher mit Cadavern zu thun gehabt haben, um die Luft im Zimmer nicht von Anfang an zu verderben. Hinterher muss die absoluteste Ruhe und möglichste Dunkelheit in dem Zimmer für mehrere Tage erhalten werden.

Tyler Smith im *St. Mary*'s Hospital lässt jetzt ein eigenes kleines Hospital für Ovariotomie ausschliesslich bestimmt bauen, das nur zwei grosse Zimmer zu diesem Zwecke mit den nöthigen Wirthschafts- und Wärterinnenzimmern enthalten soll. Wahre Musteranstalten sind in dieser Beziehung die beiden kleinen Hospitäler Samaritan free Hospital for women, an dem *Spencer Wells* und Surgical home for diseases of women, an dem *Baker Brown* als Operateur wirkt. Beide liegen in sehr stillen und gesunden Stadttheilen Londons und unterscheiden sich weder von aussen noch im Innern durch nichts von den Privathäusern wohlhabender englischer Familien. Die höchste Ruhe und Sauberkeit, die schönsten grossen luftigen Zimmer, mit allem nöthigen Comfort ausgestattet, lassen den Besucher ganz vergessen, dass er in Krankenhäusern, und noch dazu in solchen für arme Kranke nur durch milde Beiträge bestehenden, sich befindet. Samaritan Hospital ist für 20 Betten, für ungefähr ebensoviel Surgical Home eingerichtet. Letzteres übertrifft an Eleganz das erstere noch bedeutend, es hat auch die zweckmässige Einrichtung, dass die Kranken in ihren Zimmern chloroformirt werden, dann aus jeder Etage mittels einer leicht zu bewegenden Winde auf ihrem Lager in das Operationszimmer geschafft werden und so dann wieder in ihr Zimmer zurück. *Baker Brown* sagt, dass die beste Ventilation die sei, es unmöglich zu machen, die Fenster zu schliessen, was er durch Feststellen derselben bewirkt hat. *Spencer Wells* schreibt ebenfalls das günstige Resultat, dass von seinen 15 letzten Fällen von Ovariotomie nur einer tödtlich verlaufen ist, dem Umstande zu, dass er Tag und Nacht ein Fenster offen erhalten hat und dabei im Kamin stets ein freies Feuer unterhalten sei.

Was die Vorbereitungen zur Operation anlangt, so sind sie zunächst natürlich die, die bei jeder grossen Operation

Digitized by Google

gemacht werden, d. h. möglichste Kräftigung und Gesundheit des Körpers. *Spencer Wells* macht ausser allgemeinen diätetischen Maassregeln, warmen Bädern, keine weiteren Vorbereitungen, und für die Operation selbst wählt er möglichst günstige Witterung u. s. w. *Baker Brown* legt auf vorangegangene Bäder, den Gebrauch von Eisen u. s. f. Gewicht. Ferner soll die Temperatur des Zimmers nicht zu hoch noch zu niedrig sein, es soll in demselben auf freiem Feuer stets kochendes Wasser sein, damit stets feuchte Dämpfe im Zimmer sind, besonders bei heisser und trockener Witterung und Ostwind. Sehr gefährlich hält er die Tage, wo eine drückende ozonarme Atmosphäre herrscht. Die Kranke selbst soll nicht nur warm gekleidet und bedeckt sein, sondern auch während der Operation Caoutchouckissen mit warmem Wasser gefüllt zur Seite und an den Füssen haben. Die Operateure sollen, ehe sie die Kranke berühren, Hände und Arme, sowie Instrumente u. s. w. durch heisses Wasser erwärmt haben. Chloroform wird natürlich in allen Fällen angewendet, *Baker Brown* zog eine Zeitlang eine Mischung von halb Aether, halb Chloroform vor, um womöglich die Brechneigung zu vermindern, sicherer erreicht er dies jetzt dadurch, dass er die Kranke schon zwei bis drei Stunden vor der Operation Eisstückchen verschlucken lässt.

Die zweckmässigste Lagerung der Kranken ist wohl die horizontale, bei der *Wells* und *Bryant* zur rechten Seite steht, während *Baker Brown* zwischen die ausgespreizten Schenkel der Kranken tritt. *Tyler Smith* operirt seine Kranken in weit übergebogener sitzender Stellung, indem er vor ihnen steht, er glaubt, die Entfernung der Cyste wäre so leichter und es gelange weniger leicht Flüssigkeit dabei in die Bauchhöhle.

Die Operation zerfällt nun hauptsächlich in folgende Momente: 1) Eröffnung der Bauchhöhle, 2) Entleerung der Cyste, 3) Entfernung derselben, d. h. Zerreissen der Adhäsionen und Durchtrennung des Stieles und endlich 4) Reinigung der Bauchhöhle und Vereinigung der Wunde.

Was zunächst den Schnitt zur Eröffnung der Bauchhöhle anlangt, so macht man denselben jetzt ausschliesslich in der Linea alba, als der zweckmässigsten Stelle, *Clay* macht die

Digitized by Google

Incision immer noch sehr lang von Anfang an, während die übrigen Operateure dieselbe zuerst so klein wie möglich machen und dann je nach Beschaffenheit des Tumors erweitern. Das Peritonäum wird dann mit einer Pincette gefasst und auf einer Sonde oder dergl. nach oben und unten gespalten. Hierauf geht der Operateur möglichst mit der ganzen Hand ein, um die Cyste zu umgehen und die oberflächlicheren Adhäsionen zu trennen, doch muss er hierbei Vorsicht gebrauchen, um nicht bei etwa dünnwandigen Cysten diese bei der Trennung der Adhäsionen mit einzureissen, da sonst der ganze Inhalt der Cyste in die Bauchhöhle gelangen würde. Hat man sich auf diese Weise von der Möglichkeit, den Tumor zu entfernen, überzeugt, so gilt es, denselben zu fassen und durch Entleerung zu verkleinern. Die Cyste wird entweder mit einer einfachen, grossen Hakenpincette oder mit einer eigens dazu construirten, mit breiter Fläche fassenden Klemmzange, um das Ausreissen zu vermeiden, gefasst. Auf alle Fälle ist es gut, die Cyste vor der Entleerung zu fixiren, damit sie bei der Verkleinerung dann nicht ausweicht, wobei leicht von ihrem Inhalte in die Bauchhöhle gelangen kann. Der Troicart, mit dem die Cyste entleert wird, muss von starkem Caliber sein, damit der oft dickflüssige Inhalt schnell abfliessen kann. Um diesen Act der Operation zu vereinfachen, hat der Troicart an seiner Canüle einen Gummischlauch seitlich, dessen Mündung in dieselbe durch Zurückziehen des Troicart-Stilets frei wird und der immer so lang ist, dass er bis an die Erde in ein bereit stehendes Gefäss reicht. *Spencer Wells* benutzt einen Troicart, wo das Stilet selbst durchbohrt und vorn geschärft ist, ausserdem befindet sich daran eine sinnreiche Vorrichtung, um im Momente des Einstossens in die Cyste diese gleich mit Hülfe des Troicarts zu fixiren, indem dann seitlich desselben Haken hervorgeschoben werden, die nach Art der Branchen der *Muzeux*'schen Hakenzange die Cystenwandungen fassen. Der lange, dicke Gummischlauch ist spiralig mit Draht umwunden, damit er nirgends in einem Winkel sich biegt und so das Ausströmen der Flüssigkeit verhindert; sollte dies an einer Stelle durch die zu grosse Consistenz der Flüssigkeit behindert sein, so kann man durch eine in den Schlauch eingeschaltete Caoutchoucblase, die

Digitized by Google

Flüssigkeit aus dem Schlauche gleichsam auspumpen. Mit der so fortschreitenden Verkleinerung der Geschwulst sucht man dieselbe langsam immer mehr aus der Bauchhöhle zu entfernen, wobei die Assistenten meist durch gewärmte Flanells die Intestina, das Omentum u. s. w. zurückhalten. Bei diesem Hervorheben der Cyste müssen nun auch alle Adhäsionen, die von der verschiedensten Stärke sein und an den verschiedensten Stellen sich befinden können, getrennt werden. Soweit dies irgend möglich ist, geschieht es immer mit der Hand, wobei man nur die Regel beobachten muss, gefässreichere Adhäsionen nicht zu zerreissen, ohne wenigstens gleich darauf zu achten, ob Blutungen aus denselben stattfinden, und dann natürlich lieber ein Stück der Cyste mit den Adhäsionen an den Organen oder den Wandungen der Bauchhöhle zu lassen, als umgekehrt gewaltsam Stücke dieser Theile mit zu entfernen. In einer grossen Reihe von Fällen müssen jedoch die Adhäsionen mit der Scheere oder dem Messer getrennt werden und dazu natürlich vorher doppelt unterbunden werden und zwar nach *Baker Brown* mit feinem Silberdraht, nach *Spencer Wells* mit einfachen Seidenfäden. Die Ligaturen werden ebenso wie die von Gefässen des Omentum oder dergl. ganz kurz abgeschnitten und dann in der Bauchhöhle gelassen, wo sie einheilen (Ligatures perdues, *Courty*). Früher liess man wohl einen langen Faden daran und leitete ihn nachher durch die Bauchwunde nach aussen, um so später die Ligatur entfernen zu können, allein diese Methode ist längst aufgegeben. *Baker Brown* hat auch die Trennung der Adhäsionen mit dem Ecraseur schon vorgeschlagen, jedoch nur selten ausgeführt, weil man allerdings dabei doch nicht sicher vor späteren internen Blutungen ist und dann das zermalmte Gewebe auch wohl leichter in der Bauchhöhle jauchig zerfallen kann. Sind auf eine oder die andere der beschriebenen Weisen die Adhäsionen getrennt, so ist die Cyste leicht bis auf den Stiel aus der Bauchhöhle zu entfernen. Ueber die beste Art, wie dies Letztere geschieht, weichen die Ansichten der verschiedenen Operateure auseinander. *Baker Brown* und *Spencer Wells* wie *Bryant* sind zunächst der Ansicht, dass der Stiel ausserhalb der Bauchhöhle kommen soll, um interne Blutungen aus demselben

Digitized by Google

und Peritonitis u. s. w. möglichst zu vermeiden. Der Stiel wird so weit wie möglich vom Tumor entfernt gefasst, und zwar nach *Spencer Wells* und *Baker Brown* am besten mit einer dazu construirten Klammer (Clamp). Dieses Instrument besteht aus zwei in einem Charniergelenke sich bewegenden Branchen, ähnlich wie der Griff eines gewöhnlichen Cirkels der Mathematiker, die durch eine Schraube in beliebiger Stellung zu einander fixirt werden können. Man fasst nun den Stiel zwischen die Branchen des Instrumentes und schraubt fest zu; dadurch wird der Stiel bedeutend zusammengepresst und wird nun leicht mit dem Instrumente nach aussen in den unteren Winkel der Bauchwunde gebracht, wo er dann leicht einheilt, nachdem der Theil desselben, den man nach der Durchschneidung zur Entfernung der Cyste etwa in der Länge von $^1/_2$ bis 1″ nach aussen von der Klammer hat sitzen lassen, gangränös geworden und abgefallen ist. Die Klammer kann in einem bis drei Tagen entfernt werden. *Baker Brown* gebraucht dieselbe, auch wenn der Stiel sehr kurz ist, wo natürlich dann durch die Befestigung desselben im unteren Wundwinkel eine Zerrung des Uterus unvermeidlich ist; er entfernt in solchen Fällen die Klammer oft schon nach wenigen Stunden. Sonst wird der Stiel, wenn er so kurz ist, unterbunden und entweder mit der Sutur ganz in der Bauchhöhle gelassen oder die Fäden der Sutur werden in dem unteren Wundwinkel befestigt, um dann später entfernt zu werden. Es ist übrigens eine grosse Zahl von Clamps construirt worden, die mehr oder weniger auf demselben Princip beruhen und sich nur durch die grössere oder geringere Handlichkeit bei der Anlage unterscheiden und in wie weit sie mit möglichst wenig Unbehagen für den Kranken verbunden sind. *Bryant* unterbindet gewöhnlich den Stiel doppelt und befestigt ihn dann durch Suturen, sei es von Draht oder Seide im unteren Wundwinkel, während er den übrigen Theil des Stieles und unter Umständen ein Stückchen der Cyste auch nach aussen liegen lässt. Mir scheint diese Methode nicht so zweckmässig, indem durch die mit den Nähten verbundene Eiterung die Prima intentio im unteren Wundwinkel vollständig unmöglich gemacht ist, und ich habe auch bei derartig Operirten ein förmlich kraterförmiges vertieftes Geschwür im unteren Wund-

Digitized by Google

winkel gesehen, was doch auch in Rücksicht auf den langsam abfaulenden Rest des Stieles, der mit dieser Wunde in Berührung ist, nicht ganz gleichgültig sein dürfte. *Tyler Smith* unterbindet den Stiel doppelt, schneidet ihn mit den Suturen ganz kurz ab und lässt ihn dann in der Bauchhöhle zurück, indem er die Bauchwunde vollständig schliesst, er hat diese Methode zehn Mal mit guten Erfolgen angewandt. Sicherlich ist sie für die Verheilung der Bauchwunde die beste, allein sie bietet in Bezug auf entstehende Peritonitis entschieden grosse Gefahren. *Spencer Wells* hat dieselbe in fünf Fällen befolgt, davon starb eine Operirte so schnell, dass sie wohl auch bei Anwendung des Clamp gestorben wäre, zwei dagegen starben an diffuser Peritonitis und die beiden anderen genasen auch sehr langsam, da sie viel von langsam verlaufenden, circumscripten Peritonitiden zu leiden hatten. *Spencer Wells* hält diese Methode nur in den Fällen von grosser Kürze des Stieles für die beste. Zur Trennung des Stieles ist endlich auch der Ecraseur in England vorgeschlagen, jedoch meines Wissens in der berechtigten Furcht vor Nachblutungen niemals zur Anwendung gekommen. Viel mehr könnte man sich zur Fixirung des Stieles und Compression seiner Gefässe von der Acupressur versprechen, die *Spencer Wells* bei einer blutenden Adhäsionsstelle im Verlaufe einer Ovariotomie schon einmal mit Glück in Anwendung gebracht hat. Die Acupressur, Compression blutender Gefässe durch Nadeln an Stelle der Ligaturen, diese geistreiche Erfindung *Simpson*'s dürfte überhaupt noch eine grosse Zukunft in der Chirurgie haben. Da ich zufällig dieselbe nicht in England zur Anwendung habe kommen sehen, bin ich nicht näher darauf eingegangen, um so mehr, als *Simpson* demnächst in einer eigenen Schrift die darüber gesammelten Erfahrungen niederlegen will.

Ist das erkrankte Ovarium nun in einer der beschriebenen Weisen entfernt, so muss die Bauchhöhle von den etwa darin enthaltenen Blutcoagulis und Flüssigkeitsmengen gereinigt werden. *Spencer Wells* gebraucht dazu ausser der Hand, äusserst feine Schwämme, die in heisses Wasser vorher getaucht worden sind; in einzelnen Fällen saugt er die in der Bauchhöhle befindliche Flüssigkeit auch mit einer

Digitized by Google

Cautchoucspritze auf. *Baker Brown* verwirft wie *Tyler Smith* die Schwämme gänzlich und meint, es sei besser, etwas in der Bauchhöhle zurückzulassen, als den Inhalt anders als mit der Hand oder mit einem Stückchen weichen Flanells zu entfernen. Die Bauchwunde wird dann durch Silber- oder Eisendrahtnähte geschlossen, deren Zahl sich nach der Länge der Wunde richtet und die theils tief greifen, theils oberflächlich sind. *Spencer Wells* gebraucht immer Seidennähte und legt grosses Gewicht darauf, das Peritonäum mitzufassen, da sonst Entzündungen desselben leichter sind und Verwachsungen der Bauchwand mit den Eingeweiden u. s. w. leicht vorkommen, wie dies durch zahlreiche Experimente an Thieren von ihm nachgewiesen ist.

Eine specielle Nachbehandlung der Operirten findet nicht statt. Die meisten glücklichen Fälle verlaufen ohne die Anwendung irgend eines Medicamentes. Die grösste Ruhe in dem wohl ventilirten Zimmer, verbunden mit sorgsamster Pflege sind die besten Mittel zur Genesung. Um die Ruhe durch nichts zu stören, wird in der ersten Zeit der Urin mittels Katheters abgelassen und der Stuhlgang möglichst retardirt. Doch wird Opium oder andere Narcotica niemals mehr ohne bestimmte Indication; nicht, wie wohl früher, stets nach beendigter Operation, gegeben; immer möglichst selten und nicht durch den Mund, sondern als Suppositorium per rectum. Eisumschläge werden in England ganz verworfen, der Leib wird mit Flanell umwickelt und für gute Erwärmung des Bettes gesorgt. Die Nahrung besteht in den ersten zwei oder drei Tagen nur aus dünnflüssigen Sachen, wie Milch, Reiswasser u. s. w. je nach dem Bedürfniss der Kranken. Vom vierten und fünften Tage an wird ihnen gebratenes Fleisch und Wein dargereicht. Ja, in vielen Fällen von *Baker Brown* genossen die Kranken schon am dritten Tage Hammelcotelett (mutton chop) und ein Glas Ale. Die Nähte und die Klammer werden je nach Umständen am dritten bis fünften Tage entfernt. Wenn vom Stiele und dem unteren Wundwinkel übelriechender Eiter u. s. w. sich absondert, so werden kleine Säckchen mit pulverisirten Austernschaalen und Kohlenpulver gefüllt aufgelegt, um die Flüssigkeiten gleich aufzusaugen und desinficirend zu wirken. Tritt Brechneigung

Digitized by Google

und Schmerzhaftigkeit des Leibes auf, so werden Eisstückchen und Morphium innerlich gegeben. *Baker Brown* macht auch Umschläge auf den Leib, indem er Terpentin reichlich auf Flanell, der in heisses Wasser getaucht ist, sprengt. Ebenso lässt er ein solches Tuch auf das Kopfkissen der Kranken legen, damit die Terpentindämpfe reichlich eingeathmet werden, deren anästhesirende Wirkung er sehr lobt.

Die Hauptgefahren der Operation sind vor Allem Erschöpfung unmittelbar nach derselben, hieran starben verhältnissmässig die Meisten, nächstdem ist Haemorrhagie und acute Peritonitis die häufigste Todesursache, seltener ist langsam verlaufende Peritonitis mit abgesackten Exsudaten und endlich Pyämie.

Zum Schlusse will ich noch eines Falles Erwähnung thun, wo *Spencer Wells* ein degenerirtes Ovarium entfernte durch die Ovariotomie, nachdem das andere einige Zeit vorher auf demselben Wege entfernt war. (*Spencer Wells:* Account of a patient upon whom Ovariotomy was performed twice. Medico-Chirurgical Transactions, Vol. XLVI., London 1863.)

Bei einer Frau von 42 Jahren war im Juni 1862 von einem anderen Operateur ein Ovarialtumor mit glücklichem Erfolge durch die Ovariotomie entfernt worden. Nachdem sie drei Wochen nach der Operation geheilt entlassen war, bemerkte sie acht Tage darauf einen beginnenden neuen Tumor. Am 3. Januar 1863 machte *Spencer Wells* die Ovariotomie und entfernte das rechte Ovarium, die Incision machte er nicht in der alten Narbe $^3/_4$ Zoll von der Linea alba entfernt, sondern in der Linea alba selbst. Die Frau starb am siebenten Tage nach der Operation an Peritonitis. *Spencer Wells* zieht aus dem Falle den Schluss, dass man bei jeder Ovariotomie auch das andere Ovarium genau untersuchen müsse und im Falle der Erkrankung gleich mit entfernen. Ein Verfahren, was *Baker Brown* schon lange angewandt hat, der drei Mal beide Ovarien zugleich entfernt hat, da sich bei der Exstirpation des einen auch das andere mehr oder weniger erkrankt gezeigt hatte. *Attlee* in Philadelphia hat schon vor *Spencer Wells* einen Ovarialtumor entfernt in einem Falle, wo *Clay* 16 Jahre vorher die Ovariotomie wegen Erkrankung des einen Ovarium ausgeführt hatte.

Digitized by Google

In gynäkologischer Hinsicht bieten nun die Specialhospitäler des Faches und die besonderen Abtheilungen, die jedes grössere Hospital in London für Frauenkrankheiten hat, ein so reiches Feld der interessantesten Beobachtungen, dass es unmöglich ist, alle einzelnen bemerkenswerthen Fälle, hier aufzuführen, und ich werde mich nur auf eine geringe Auswahl beschränken und einzelne Operationsverfahren, die jetzt in London am meisten geübt werden, wie z. B. die blutige Erweiterung des Muttermundes u. s. w. ganz übergehen, um sie später vielleicht einmal ausführlicher zu besprechen.

In dem oben geschilderten kleinen Krankenhause Surgical Home for diseases of women habe ich eine grosse Menge der schönsten gynäkologischen Operationen von *Baker Brown* wahrhaft meisterhaft ausführen sehen. Da seine Methoden und Erfolge in dem schönen Buche Surgical diseases of women (London, 1861, 2. Auflage) von ihm selbst niedergelegt sind, so will ich auf Einzelheiten nicht besonders eingehen. Besonders ausgezeichnet sind die Operationen der Blasenscheidenfisteln, deren ich mehrere von *Baker Brown* mit der grössten Sicherheit und in unglaublich kurzer Zeit habe ausführen sehen, die Heilung trat jedes Mal nach der ersten Operation ein. Bei einer sehr grossen Fistel, wo die ganze hintere Blasenwand fehlte, gelang es in acht Tagen, zuerst eine Brücke zu bilden, um später die Fistel ganz zu verschliessen. Bei kleinen Fisteln stiess *Baker Brown* mit Vortheil zunächst durch die beiden gegenüberliegenden Ränder eine scharfe Nadel in horizontaler Richtung, so dass man, indem man die ganze Fistel an der Nadel emporhob, viel leichter den Fistelrand mit einem Male in toto abtragen konnte. Stets wird zu den Suturen Silberdraht verwendet, der oft lange liegen bleibt, vor dem zehnten Tage wird gewöhnlich gar kein Versuch gemacht, die Nähte zu entfernen, da die Resultate um so besser sind, je weniger man anfänglich nach der Operation die Theile durch Untersuchen u. s. w. berührt. Die Blasenschleimhaut sucht *Baker Brown* bei Anlegung der Nähte immer zu vermeiden. Nach der Operation wird ein Katheter dauernd in der Blase liegen gelassen; um dies zu ermöglichen, ohne dass Verletzungen der Blasenschleimhaut u. s. w. vorkommen, hat *Harper* einen Apparat construirt, der den

Digitized by Google

Katheter so trägt, dass er den Bewegungen des Körpers immer zu folgen im Stande ist. An einem Beckengürtel ist durch ein Kugelgelenk eine Art von federnder Pincette angebracht, die den Katheter hält. Bis zum Jahre 1861 hat *Baker Brown* unter 42 Operationen der Blasenscheidenfistel 39 vollständige Heilungen erzielt. Da er hiernach Blasenscheidenfisteln für ein verhältnissmässig sicher zu heilendes Uebel hält, so entfernt er jetzt auch grosse Steine der weiblichen Blase nicht mehr durch Spaltung und Erweiterung der Harnröhre, wonach unheilbare Incontinentia urinae vorkommt, sondern durch den Steinschnitt von der Scheide aus. Einen gänseeigrossen Stein habe ich so entfernen sehen; er wurde mit der eingeführten Steinsonde gegen die Blasenscheidenwand gedrängt und ein hinreichend langer Schnitt von der Scheide aus auf ihn geführt und er so leicht entfernt. Die Wunde wurde mit Silberdraht sofort wieder geschlossen. Mit gutem momentanen Erfolge wurde die partielle Verschliessung der Scheide einmal wegen Prolapsus uteri, ein anderes Mal wegen Rectocele durch tiefe Zapfennähte ausgeführt. Etwas gefährlich schien mir das von *Baker Brown* mit gutem Erfolge angewandte Verfahren, um interstitielle Uterusfibroide zu zerstören, zu sein. Durch Pressschwamm war der Muttermund so dilatirt, dass man leicht mit dem Finger in den Uterus eingehen konnte und an seiner vorderen Wand ein ziemlich grosses interstitielles Fibroid zu fühlen im Stande war. Unter Leitung des Fingers wurde eine nach aussen schneidende Scheere eingestossen und, nachdem so die Kapsel geöffnet, das Fibroid theilweise zerstört, ohne dass es entfernt worden wäre; es geht nach *Baker Brown* nach diesem Verfahren allmälig zu Grunde. Die Blutung war während der Operation gering; um eine Nachblutung zu verhindern, wurde die Uterushöhle fest mit in Oel getauchten Lintstreifen ausgefüllt. Verhältnissmässig sehr häufig sah ich im Surgical Home die blutige Entfernung der Clitoris zur Heilung der Onanie. Die Clitoris wird mit einer Pincette gefasst und durch drei sehr tiefe rasche Scheerenschnitte mit einem Theile der sie umgebenden Haut bis tief auf die Muskulatur entfernt. Die blutenden Arterien werden mit einer T-Binde gegen die Symphyse bandagirt und die ganze Operation erfordert weniger

Digitized by Google

Zeit als ihre Beschreibung. *Baker Brown* gab zu, dass dies Verfahren allein zur Heilung der Onanie nicht hinreicht, sondern dass die Frauen dann während der ganzen Heilungszeit der Wunde so gelagert und bandagirt werden, dass ein Versuch, ihre schlechte Gewohnheit wieder zu beginnen, unmöglich ist; auf diese Weise gewinnen sie allmälig wieder so viel moralische Festigkeit, dass sie die Herrschaft über ihre Triebe, die man vorher als verloren betrachten müsse, wieder erlangten. Interessant ist, dass bei allen diesen Fällen von excessiver Onanie (eine verheirathete Frau gestand, täglich mehrere Male das Laster geübt zu haben) Fissuren des Rectum vorhanden waren, die eingestandener Maassen von Manipulationen zur Erhöhung der Wollust herrührten. *Baker Brown* spaltete diese Fissuren durch einen tiefen Schnitt nach aussen und brachte sie so zur Heilung. In allen diesen Fällen konnte man in der Chloroformnarkose durch Reizung der Clitoris eine deutliche kräftige Zusammenziehung des Sphincter ani, durch Reflexbewegung, wahrnehmen.

Die grösste Fülle interessanten Materiales bietet wohl die gynäkologische Poliklinik am Bartholomew's Hospital, die unter Leitung von Dr. *Greenhalgh*, dem Nachfolger *West*'s, steht, der mit immer gleicher Freundlichkeit bereit ist, die vorkommenden Fälle zu demonstriren und durch interessante Mittheilungen aus seiner reichen Erfahrung zu erläutern. Jeden Sonnabend findet die Poliklinik von Morgens 9 Uhr oft bis 1, 2 Uhr statt, während jedes Mal 90 bis 100 Patientinnen abgefertigt werden müssen, von denen 20 bis 30 neue Fälle sind, bei denen also genaue Untersuchung u. s. w. anzustellen ist. Die Untersuchung findet in demselben Zimmer hinter einem Schirme in der Seitenlage der Frau statt. Es sind stets mehrere Studirende des Bartholomew's Hospital zugegen.

Bei chronischer Metritis wendet *Greenhalgh* vielfach Scarificationen der Portio vaginalis und kalte Injectionen an. Erosionen werden meist einfach mit Argentum nitricum behandelt und bei Leucorrhoe kommt neben adstringirender Einspritzung häufig ein Pulver von Alaun und Zincum sulphuric., direct in die Scheide gebracht, zur Anwendung. Bei Lageveränderungen der Gebärmutter werden die Intrauterinpessarien als schädlich verworfen, während bei Prolapsus gewöhnlich

Digitized by Google

ein dem *Zwanck*'schen ähnliches Pessarium gebraucht wird. Bei Dysmenorrhoe hat *Greenhalgh* die meisten Erfolge von der mechanischen Behandlung gesehen, ich hoffe demnächst ausführlicher über diesen Gegenstand handeln zu können und ein überaus sinnreich von *Greenhalgh* zu diesem Zwecke construirtes Instrument vorzulegen. Die verhältnissmässig sehr oft während meiner Anwesenheit vorgekommenen kleinen vascularisirten äusserst schmerzhaften Tumoren am Eingange der Harnröhre und im Scheidenvorhofe wurden theils mit Argentum nitricum oder der Galvanocaustik zerstört, theils mit dem Messer abgetragen. Im Bartholomew's Hospital besteht unter *Greenhalgh*'s Leitung noch eine gynäkologische Abtheilung von circa 20 Betten, die durch regelmässige klinische Visiten zum Unterrichte verwendet werden.

Unter den vielen hier beobachteten Fällen hebe ich besonders einen von sogenanntem Vaginismus (*Sims*) hervor. An der Vulva war nicht das geringste Abnorme zu sehen, bei der leisesten Berührung des Scheideneinganges jedoch empfand die Frau die entsetzlichsten Schmerzen, so dass jedes Mal in dem Moment der Berührung epileptiforme Krämpfe eintraten. Dabei zog sich der Constrictor cunni so fest um den untersuchenden Finger zusammen, dass man selbst in der Chloroformnarkose nur mit Mühe seinen Widerstand überwinden konnte. Im Scheidengewölbe fühlte man von der Portio vaginalis ausgehend eine ebenfalls bei der Berührung schmerzhafte Schleimhautfalte, die ein förmliches Divertikel der Scheide bildete. Der Constrictor cunni wurde durch tiefe nach der Richtung des Tuber ischii hinlaufende Schnitte auf beiden Seiten gespalten, die starke Blutung durch Tamponade gestillt. Trotz der Narkose war während der Operation ein Krampfanfall eingetreten. Die Erweiterung der Scheide wurde im Verlaufe der Heilung durch starke Bougies von Caoutchouc erhalten. Die Operation war insofern von grossem Nutzen, als die Berührung und das Eingehen mit dem Finger in keiner Weise mehr schmerzhaft war, auch keine Zusammenziehungen des Constrictor cunni, oder allgemeine Krämpfe bewirkte. Allerdings bestanden die Krampfanfälle selbstständig, ohne von der Genitalsphäre auszugehen, fort.

Digitized by Google

Zur Entfernung eines etwa wallnussgrossen Fibroids, das aus der Tiefe von der hinteren Muttermundslippe ausgehend mit breiter Basis aufsass und in den Cervicalcanal hineingewuchert war, gebrauchte *Greenhalgh* ein kleines schaufelförmiges Instrument, dessen Stiel biegsam war, um ihm verschiedene Krümmungen geben zu können, die Schaufel hatte scharfe Ränder und nahm die Spitze des Zeigefingers gerade auf. Durch diese gedeckt wurde das Instrument eingeführt und der Tumor mit Leichtigkeit fast ohne Blutverlust förmlich aus dem gesunden Gewebe ausgegraben. An demselben Tage wurde die Amputation der Vaginalportion in einem exquisiten Falle von einfachem Allongement derselben ausgeführt. Die Portio vaginalis ragte etwa 3 Zoll zur Scheide heraus und es bestand dabei keine Verkürzung der Scheide oder Vorfall derselben. Die Amputation wurde mit dem Ecraseur von *Weiss* ausgeführt, der statt der Kette eine Art Strick aus Silberdraht gewunden hat, was weit einfacher zu handhaben ist, als die Kette. Zum Fixiren der Vaginalportion in diesen und ähnlichen Fällen hat *Greenhalgh* eine Hakenzange construirt, deren Branchen in der Weise aneinander verschiebbar sind, dass je nach Bedürfniss die eine höher als die andere gestellt werden kann. Bei Mittheilung dieses Falles in der geburtshülflichen Gesellschaft Londons empfahl *Barnes* sehr die von *Sims* zuerst angegebene Methode der Amputation der Vaginalportion. Es wird nämlich zuerst die Schleimhaut der Portio vaginalis abgetrennt, die Portio selbst mit dem Messer abgetragen und der Stumpf dann mit der erhaltenen Schleimhaut bedeckt. Die Oeffnung des Muttermundes wird durch eingelegte Bougies erhalten. *Barnes* will bei dieser Methode sehr günstige Resultate erreicht haben.

Eine sehr schön in grossen, luftigen Räumen untergebrachte gynäkologische Abtheilung von 20 bis 25 Betten findet sich auch in *Guy's* Hospital unter Dr. *Oldhams* und *Braxton Hicks* Leitung. Ich sah hier eine künstliche Frühgeburt wegen Beckenenge durch Zerreissen der Eihäute eingeleitet; dann wurden kleine Caoutchouc-Ballons, allmälig vom kleinsten bis zu grösseren steigend, in den Muttermund gebracht und mit Wasser gefüllt (Methode von *Barnes*), wodurch schon

Digitized by Google

in einer Stunde der Muttermund fast vollständig erweitert war, so dass man zur Extraction des todten Kindes schreiten konnte.

Braxton Hicks theilte mir eine für mich offen gestanden neue Beobachtung mit, über die mir kein Urtheil zusteht, dass nämlich der Uterus während der Schwangerschaft deutliche mit der Hand von aussen wahrzunehmende rhythmische Contractionen in grösseren Zwischenräumen mache. Diese Contractionen seien so häufig, dass er sie zur differentiellen Diagnose von extrauterinen Tumoren gebrauche, auch erklärt er hieraus den wechselnden Sitz des Uteringeräusches.

In St: Mary's Hospital hat *Tyler Smith* eine gynäkologische Abtheilung von acht Betten; *Murphy* eine ähnliche in University College, in Middlesex Hospital ist ebenfalls eine solche von acht Betten unter *Hall Davis*, und ebenso hat *Barnes* in London Hospital eine derartige Abtheilung. Da die Zeit mir fehlte, diese letzteren kleineren Abtheilungen mehr als einmal zu besuchen, kann ich die Unterschiede zwischen denselben in Bezug auf Einrichtung und Behandlung hier nicht weiter entwickeln, da man bei so kurzer Beobachtung vor Irrthümern nicht hinreichend gesichert scheint.

In der ganzen vorliegenden Skizze ist mein eifrigstes Bestreben gewesen, mich streng an Thatsachen zu halten; sollten dennoch einige Unrichtigkeiten in der Darstellung oder der Auffassung vorgekommen sein, so würde es nur darin seine Erklärung finden können, dass dergleichen bei verhältnissmässig kurzem Aufenthalte in fremdem Lande, unter ganz fremdartigen Verhältnissen auch bei der grössten Sorgfalt vielleicht nicht immer zu vermeiden ist.

Digitized by Google

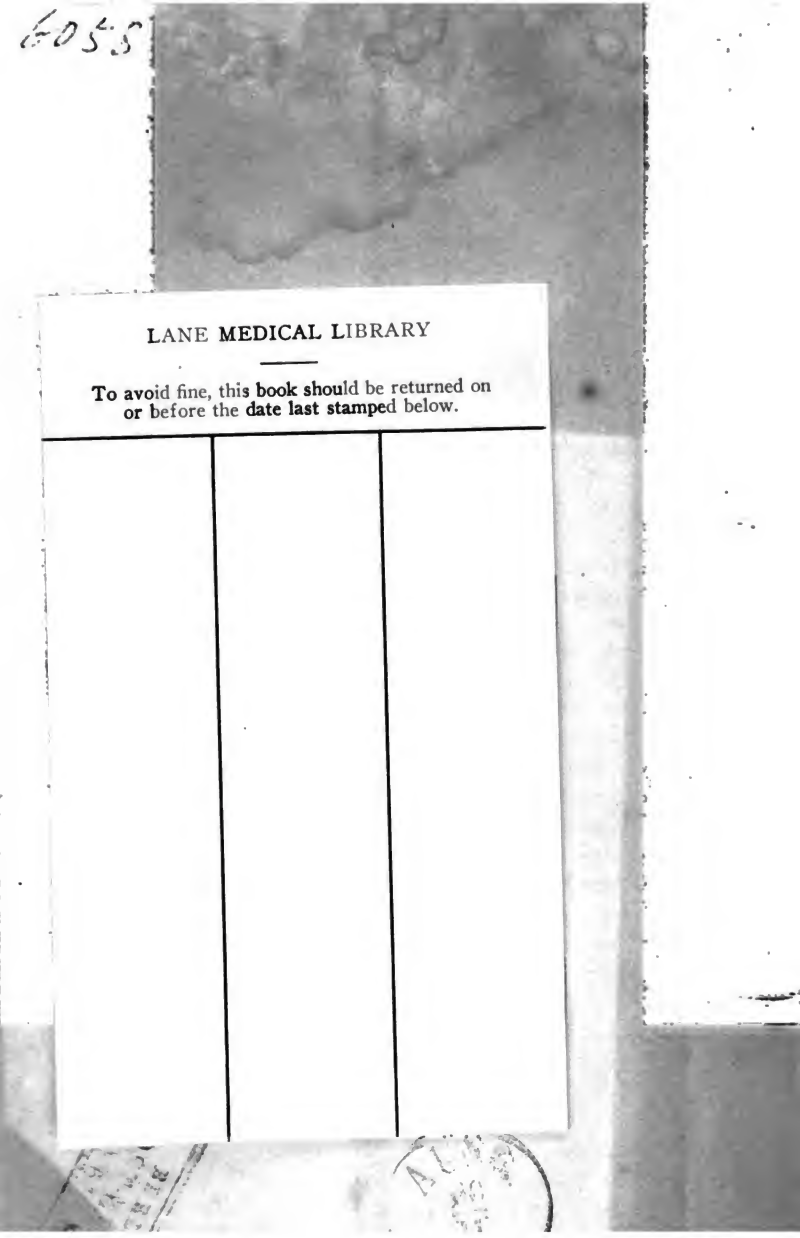
Leipzig.
Druck von A. Th. Engelhardt.

Digitized by Google

6055

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.



Digitized by Google

#213207
RG
118
G7
G9
1864
LANE
HIST